BOLLETTINO UFFICIALE

n. 36
DEL 9 SETTEMBRE 2015

Anno LII n. 36

Il "Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia" si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità e i termini delle richieste di inserzione e delle successive pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con DPReg. n. 0346/Pres. del 9 novembre 2006, pubblicato sul BUR n. 47 del 22 novembre 2006 e s.m.i. Dal 1° gennaio 2010 il Bollettino Ufficiale viene pubblicato esclusivamente in forma digitale, con modalità che garantiscono l'autenticità e l'integrità degli atti assumendo a tutti gli effetti valore legale (art. 65 LR n. 7/2000, come modificato dall'art. 14, c. 18 della LR n. 24/2009 - legge finanziaria 2010 e art. 32, L n. 69/2009).

Sommario Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

Sommario Parte Terza Gare, avvisi e concorsi

Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

15_36_1_DPR_170_1_TESTO

Decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2015, n. 0170/Pres.

DPR 361/2000, art. 2. Associazione regionale tutela salute mentale "Durante dopo noi onlus"- Pordenone. Riconoscimento personalità giuridica.

IL PRESIDENTE

VISTA la domanda dell'8 luglio 2015 con cui il Presidente della "Associazione regionale tutela salute mentale - Durante dopo noi ONLUS" avente sede a Pordenone, ha chiesto l'approvazione dello statuto sociale ed il conseguente riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato;
VISTO lo statuto della Associazione approvato da ultimo dall'assemblea degli associati del 9 maggio 2015;
VISTO il verbale di detta assemblea, a rogito del dott. Giorgio Pertegato, notaio in Pordenone, rep. n. 289592, racc. n. 25773, ivi registrato il 4 giugno 2015 al n. 5155 Serie 1T;
VISTA la consistenza patrimoniale dell'Associazione, e ritenutala adeguata al perseguimento degli scopi dell'ente;
RISCONTRATA la conformità alle norme di legge e regolamentari dell'atto costitutivo e dello statuto della predetta Associazione;
RICONOSCIUTA quindi l'opportunità di accogliere la richiesta;
VISTO l'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361;
VISTI gli articoli 4, 8 e 42 dello Statuto della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia;

DECRETA

1. È approvato lo statuto della "Associazione regionale tutela salute mentale - Durante dopo noi ONLUS" avente sede a Pordenone, nel testo che viene allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.
2. L'Associazione acquista la personalità giuridica di diritto privato mediante l'iscrizione nel Registro regionale delle persone giuridiche.

Il presente decreto verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

SERRACCHIANI

15_36_1_DPR_170_2_ALL1

Statuto dell' "Associazione regionale tutela salute mentale - Durante dopo noi onlus"- Pordenone

TITOLO I

Art. 1 costituzione

E' costituita l'Associazione "ASSOCIAZIONE REGIONALE TUTELA SALUTE MENTALE - DURANTE DOPO

NOI ONLUS" - acronimo "A.R.T.Sa.M. DDN Onlus", di seguito denominata Associazione.
L'Associazione e' un'Organizzazione non lucrativa di utilità sociale, cosi' come definita ai sensi del Decreto Legislativo n. 460/1997; e' un'Associazione di Volontariato, cosi' come definita ai sensi della Legge n. 266/1991, in particolare rispetto a quanto sopra visto all'art. 3, comma3; essa si adegua ed adempie alle previsioni normative della Legge Regionale n. 12/95 e dei principi generali dell'ordinamento giuridico. Essa ha l'obbligo di utilizzare l'acronimo "onlus" in qualsiasi rapporto con terzi.
L'Associazione ha durata illimitata e si estingue nei casi e con le modalità previste dal presente statuto e dalle leggi vigenti.

Art. 2 sede

L'Associazione ha sede legale e amministrativa in Pordenone, via De Paoli n. 19, presso la Casa del Volontariato Socio Sanitario.
Il Consiglio Direttivo dell'Associazione, con atto deliberativo, ha facoltà di istituire sedi operative nelle province della Regione, nonche' di trasferire l'ubicazione della sede legale e/o amministrativa, purche' la stessa permanga nell'ambito del territorio regionale del Friuli Venezia Giulia, senza che cio' comporti la modifica dello statuto. I soci devono essere informati del trasferimento della sede.

TITOLO II

Art. 3 finalità dell'Associazione

L'Associazione ha struttura democratica e non ha scopo di lucro. L'Associazione opera nell'ambito del territorio del Friuli Venezia Giulia.
L'Associazione persegue finalita' di solidarieta' sociale nel campo dell'assistenza sociale e socio-sanitaria, della formazione, della tutela dei diritti delle persone con disagio/disturbo psichiatrico e delle loro famiglie, della promozione e sviluppo di attivita' e servizi, modelli organizzativi e gestionali rivolti a dare risoluzione alla problematica del "Durante Noi - Dopo Noi" intesa come condizione che determina una contrazione, assenza o mancanza di tenuta del nucleo familiare di riferimento per la persona con disagio/disturbo psichiatrico al fine di' evitarne l'istituzionalizzazione e per favorirne la permanenza nel tessuto sociale di appartenenza.
L'Associazione persegue le proprie finalita' e scopi anche attraverso lo sviluppo di attivita' atte a:
a) promuovere, costituire ed amministrare strutture riabilitative, sanitarie, assistenziali, sociali, anche in modo tra loro congiunto, centri di formazione, strutture residenziali e/o diurne idonee a rispondere ai bisogni delle persone con disagio/disturbo psichiatrico nel contesto del "Durante Noi - Dopo Noi ", come comunita', gruppi appartamento, strutture protette, favorendo e sviluppando la consapevolezza e coscienza dell'esistenza di un problema sociale, non privato;
b) tutelare la dignita' della persona con disagio/disturbo psichiatrico promuovendo e partecipando ad iniziative ed azioni amministrative, giudiziarie, extragiudiziarie finalizzate alla tutela della persona, della categoria e della famiglia; alla luce anche della Legge 1 marzo 2006, n.67 "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilita vittime di discriminazioni";
c) far pervenire la societa' ad una cultura che privilegi la tutela della salute mentale attraverso la prevenzione e la lotta allo stigma;
d) promuovere ogni utile azione finalizzata a sensibilizzare la societa' alla conoscenza dei problemi relativi agli ammalati di mente e alle loro famiglie, per realizzarne una adeguata accoglienza sia a livello personale che comunitario;
e) promuovere e sensibilizzare la comunita' in merito alla problematica del "Dopo-Durante Noi";
f) realizzare, in forma gratuita, Centri di Accoglienza, di Ascolto, di Aggregazione, di Integrazione sociale, Sportelli Informativi per la salute mentale e per Amministratori di Sostegno, non soggetti ad autorizzazione e/o accreditamento, al fine di dare concretamente orientamento e sostegno alle famiglie dei sofferenti psichici e sviluppare attivita' socio culturali, creative e ricreative, laboratori espressivi per il miglioramento delle abilita' relazionali delle persone malate e favorirne l'integrazione nella Comunita' di appartenenza;
g) organizzare manifestazioni ed eventi culturali finalizzati alla promozione e al sostegno delle attivita' di cui al presente articolo;
h) partecipare o concorrere alla costituzione di fondazioni e collaborare con analoghi enti gia' esistenti,
i) promuovere direttamente e indirettamente la raccolta di fondi da erogare per le finalita' istituzionali;
l) stipulare contratti e convenzioni con privati e con enti pubblici per lo svolgimento degli scopi istituzionali dell'Associazione;
m) promuovere direttamente e indirettamente la costituzione di un patrimonio immobiliare, mobiliare e finanziario permanente finalizzato alle attivita' istituzionali;
n) compiere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari e finanziarie, ivi compresa la concessione di garanzie reali e il rilascio di fideiussioni a terzi nel proprio interesse.

L'Associazione puo' svolgere tutte le attivita' direttamente connesse ai propri fini istituzionali, nonche' tutte le attivita' accessorie per natura a quelle statutarie in quanto integrative delle stesse, nei limiti consentiti dalla legge.

Art. 4 risorse patrimoniali ed economiche

Il patrimonio dell'Associazione e' costituito da beni mobili ed immobili. Le risorse economiche dell'Associazione possono derivare da:
- quote sociali;
- contributi dei Soci;
- contributi di privati, imprese, societa', associazioni;
- contributi dello Stato, Regione, Enti e istituzioni pubbliche anche finalizzati a specifici progetti o attività documentate;
- rimborsi o proventi derivanti da convenzioni per l'esercizio dell'attività istituzionale;
- proventi da attivita' di raccolta fondi, nei limiti di cui al Decreto Legislativo 60/97 e della Legge n. 266/91.
- contributi da organismi internazionali, lasciti e donazioni.
- entrate derivanti da attivita' commerciali e produttive marginali, da inserire in una apposita voce di bilancio;

I versamenti associativi sono a fondo perduto e non creano altri diritti di partecipazione, o quote indivise di partecipazione trasmissibili a terzi.
L'Associazione risponde solo degli impegni contratti a suo nome dagli organi statutari competenti e nessuno degli aderenti puo' per questi essere ritenuto individualmente responsabile.
L'Associazione risponde, con i propri beni, dei danni causati per l'inosservanza delle convenzioni o contratti stipulati.
L'Associazione, previa delibera del Consiglio Direttivo, puo' assicurarsi per i danni derivanti da responsabilita' contrattuale ed extracontrattuale dell'organizzazione stessa.

TITOLO III

Art. 5 soci

I soci si distinguono in soci ordinari e soci onorari.
I soci ordinari sono: le persone fisiche e/o giuridiche, le associazioni non profi't, gli enti, i comitati, i consorzi o altre forme associative di associazioni di diritto pubblico o privato, le fondazioni, le cooperative sociali, le imprese sociali, che hanno la sede legale insistente sul territorio regionale del Friuli Venezia Giulia e che si interessano delle problematiche, attivita', finalita' espresse all art. 3 del presente statuto, a favore della persona con tipologia di handicap o svantaggio sociale, intellettivo, relazionale, psichiatrico, tramite i loro rappresentanti designati dalle stesse.
I soci onorari sono: le persone fisiche e/o giuridiche, le associazioni non profit, gli enti, i comitati, i consorzi o altre forme associative di associazioni di diritto pubblico o privato, le fondazioni, le cooperative sociali, le imprese sociali, che hanno reso particolari servizi all'Associazione.
I soci ordinari e onorari hanno il diritto di partecipare alle attivita' dell'Associazione con pari dignita' e nel rispetto dei principi della solidarieta' sociale.
La partecipazione dei soci all'Associazione e alle cariche elettive dell'Associazione e' a titolo gratuito.
L'ammissione dei soci viene deliberata dal Consiglio Direttivo, previa presentazione di domanda scritta da parte del richiedente. L'eventuale provvedimento di diniego, esaurientemente motivato, deve essere comunicato per iscritto al richiedente l'iscrizione.
La quota di adesione all'Associazione, che e' stabilita dal Consiglio Direttivo, e' uguale per il socio ordinario e il socio onorario e da diritto di voto all'Assemblea dei Soci. Il diritto di voto si riconosce solo ai soci in regola con il pagamento della quota associativa.
Ogni organizzazione Socia ha diritto ad un voto indipendentemente dal numero di partecipanti, in rappresentanza della stessa, alle riunioni e/o assemblee dell'Associazione.
I Soci sono obbligati all'osservanza dell'atto costitutivo, dello statuto, del regolamento applicativo e delle deliberazioni eventualmente adottate dai competenti organi sociali dell'Associazione, in conformita' alle norme statutarie.
La qualifica di socio e l'appartenenza all'Associazione cessa:
- per dimissioni, che devono essere presentate per iscritto al Consiglio Direttivo;
- per esclusione, deliberata dal Consiglio Direttivo, con quorum deliberativo dei due terzi dei consiglieri in carica, per i seguenti casi:
- in caso di gravi comportamenti o atti incompatibili con le finalita' dell'Associazione, tali da arrecare danno morale o materiale grave all'Associazione stessa o per grave inadempienza agli obblighi assunti ai sensi dell'atto costitutivo, dello statuto e del regolamento applicativo e per gravi e comprovati motivi.

Il provvedimento di esclusione, deve essere motivato e comunicato per iscritto al socio, nonche' sottoposto alla prima Assemblea dei Soci per la ratifica.
Il socio receduto, decaduto o escluso non puo' vantare alcun diritto sul patrimonio dell'Associazione ne' reclamare il rimborso dei contributi pagati.
Gli aderenti all'Associazione che svolgono attivita' di volontariato sono assicurati per infortunio e per la responsabilità civile verso terzi.

TITOLO IV

Art. 6 organi sociali

Gli organi dell'Associazione sono:
1. l'Assemblea dei Soci;
2. il Consiglio Direttivo;
3. il Presidente;
4. il Collegio dei Revisori Contabili;
Le cariche sociali sono riservate ai soci, con eccezione della carica di revisore contabile alla quale puo' accedere anche un non socio. Tutte le cariche sociali sono espletate a titolo gratuito.
Tutte le cariche sociali hanno una durata triennale. Il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dichiarano la decadenza del proprio componente elettivo che, senza giustificato motivo, non interviene a tre riunioni consecutive.
Tutte le votazioni sono palesi, ad eccezione di quelle concernenti le persone che si svolgono a scrutinio segreto.

Art. 7 Assemblea dei soci

Le Assemblee sono ordinarie e straordinarie. Ogni socio puo' intervenire all'Assemblea con non piu' di una delega.
Le Assemblee hanno luogo nella sede legale o operativa dell'Associazione o in altro luogo secondo quanto indicato nell'avviso di convocazione.
L'Assemblea Ordinaria e' convocata almeno una volta all'anno entro il 30 aprile, o in funzione di quanto previsto dalle leggi al momento vigenti, dell'anno successivo a quello di competenza per l'approvazione del bilancio consuntivo e preventivo.
Le assemblee sono convocate, in ogni caso, qualora particolari esigenze lo richiedano e comunque quando ne faccia richiesta almeno 1/5 piu' 1 (un quinto piu' uno) dei Soci o quando lo richieda almeno la meta' piu' uno dei componenti del Consiglio Direttivo,
La convocazione, con relativo ordine del giorno, avviene con apposito avviso al Socio effettuato a mezzo lettera o altro mezzo idoneo legalmente valido almeno 15 giorni prima dell'Assemblea.
L'assemblea, legalmente convocata e costituita, rappresenta l'universalita' dei soci. Le sue deliberazioni legalmente adottate obbligano tutti gli associati anche se non intervenuti o dissenzienti .
L'Assemblea e' costituita dai Soci iscritti all'Associazione da almeno due mesi prima della data della riunione.
Le deliberazioni dell'Assemblea Ordinaria sono prese a maggioranza dei voti e con la presenza di almeno la meta' degli associati. In seconda convocazione la deliberazione e' valida qualunque sia il numero degli intervenuti.
Per modificare l'atto costitutivo e lo statuto occorre la presenza di almeno tre quarti dei soci e il voto favorevole della maggioranza dei presenti.
L'Assemblea ordinaria:
a) definisce il numero e nomina i membri del Consiglio Direttivo dell'Associazione;
b) nomina il Collegio dei Revisori Contabili che dovra' essere di almeno tre membri di cui uno di norma iscritto all'Albo dei Revisori dei Conti o altri albi equipollenti; elegge inoltre i due membri supplenti, quando richiesto;
c) delibera sul programma di attivita' e sugli eventuali regolamenti applicativi;
d) approva, sentito il parere del Collegio dei Revisori Contabili, il bilancio consuntivo e preventivo di ogni anno;
e) delibera su ogni altro argomento che non rientri nella competenza dell'Assemblea Straordinaria.
L'Assemblea straordinaria:
a) delibera sulle modifiche statutarie;
b) delibera sullo scioglimento e sulla trasformazione in fondazione e sulla conseguente devoluzione del patrimonio sociale secondo quanto previsto dal successivo art. 15 dello statuto.
L'Assemblea e' presieduta dal Presidente dell'Associazione o, in caso di sua assenza o impedimento, dal Vice-Presidente del Consiglio Direttivo, con le modalita' di cui al successivo articolo.
Il Presidente dell'Assemblea nomina un Segretario per la redazione del verbale e due scrutatori allorche' siano previste votazioni.

Art. 8 Consiglio Direttivo

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione e' composto da un minimo di 5 membri e da un massimo di 11, e comunque sempre in numero dispari eletti dall'Assemblea. Ogni consigliere ha diritto a un solo voto, senza ammissione di deleghe. L'appartenenza al Consiglio Direttivo comporta la rappresentanza istituzionale degli enti e organismi dai quali proviene la designazione stessa.
Alle riunioni del Consiglio Direttivo possono partecipare i componenti del Collegio dei Revisori Contabili.
I membri del Consiglio Direttivo rimangono in carica per un triennio e sono rieleggibili
Il Consiglio Direttivo elegge nel suo seno il Presidente, uno o due Vice Presidenti; elegge il Segretario e il Tesoriere scelti tra i soci fissandone i compiti e la durata dell'incarico. La carica di Segretario e Tesoriere possono essere ricoperte dalla stessa persona.
Le riunioni del Consiglio Direttivo sono convocate dal Presidente di sua iniziativa o su richiesta di almeno un terzo dei consiglieri. Le riunioni del Consiglio Direttivo si tengono nella sede legale dell'Associazione o in qualunque altro luogo espresso nell'avviso di convocazione dello stesso.
La convocazione, con relativo ordine del giorno, avviene con apposito avviso al Consigliere effettuato a mezzo lettera ordinaria o altro mezzo idoneo legalmente valido almeno 8 giorni prima della riunione.
Per casi urgenti e' ammessa la convocazione telefonica da farsi almeno 48 ore prima della riunione.
Il Consiglio Direttivo dell'Associazione e' validamente costituito con la presenza di almeno la meta' piu' uno dei suoi membri, arrotondata per eccesso. Le deliberazioni del Consiglio vengono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.
A sostituire il Consigliere che e' venuto a mancare per qualsiasi causa, e' chiamato dal Consiglio Direttivo il primo dei non eletti. I membri cosi' nominati resteranno in carica fino alla scadenza del mandato dei membri sostituiti.
L'appartenenza al Consiglio Direttivo dell'Associazione cessa per:
1. dimissioni, che devono essere presentate per iscritto, o per decadenza a norma dell'art.6 dello statuto;
2. scadenza del mandato;
3. esclusione, con deliberazione motivata di almeno due terzi dei consiglieri con diritto di voto, in caso di comportamenti o atti del consigliere incompatibili con le finalita' dell'Associazione, tali da arrecare danni morali o materiali all'Associazione stessa o in inadempienza agli obblighi assunti ai sensi dell'atto costitutivo e dello statuto e per altri gravi e comprovati motivi comunque riferibili a fattispecie come danno sociale o per aver subito condanne penali o per reati finanziari e fallimentari. Essendo il Consigliere rappresentante di un'organizzazione titolata alla qualifica di socio dell'Associazione il provvedimento di esclusione ha validita' anche per il Socio rappresentato.
Al Consiglio Direttivo spetta:
- curare l'esecuzione delle delibere dell'Assemblea dei soci;
- predisporre lo schema di bilancio consuntivo e preventivo;
- promuovere raccolte fondi;
- provvedere agli affari di ordinaria e straordinaria amministrazione;
- deliberare circa l'ammissione e l'esclusione dei soci;
- nominare una commissione per comporre o decidere, su richiesta delle parti, eventuali controversie tra gli Organi della Associazione e/o tra i Soci.
Il Consiglio Direttivo ha tutte le facolta' e i poteri necessari per il conseguimento dei fini dell'Associazione e per la gestione ordinaria e straordinaria dell'Associazione che non siano dalla legge o dallo Statuto espressamente riservati all'Assemblea. Il Consiglio Direttivo puo' delegare alcune specifiche funzioni o incarichi al Presidente, ai Consiglieri, a Soci o anche a terzi, determinando i limiti di tale delega, in merito anche al riconoscimento delle competenze economiche necessarie per l'espletamento della stessa.
I regolamenti applicativi dello statuto e i regolamenti interni e le loro modificazioni sono proposti dal Consiglio Direttivo all'Assemblea Ordinaria dei Soci che ne provvede alla deliberazione.
Il Consiglio Direttivo deve esaminare il rendiconto da sottoporre all'approvazione all'Assemblea corredandolo da una relazione sull'attivita' svolta durante l'esercizio. Spetta al Consiglio Direttivo la nomina di rappresentanti pro-tempore nei consigli di amministrazione, comitati di gestione e organi di controllo degli enti di iniziativa dell'Associazione e di designare i rappresentanti in altri enti o organismi i cui fini siano utili alla promozione, finalita' e tutela degli interessi dell'Associazione.
Il Consiglio Direttivo, nell'ambito delle finalita', scopi ed attivita' di cui all'art.3 del presente statuto, ha tutte le facolta' e i poteri necessari per poter deliberare il compimento di ogni atto costitutivo, modificativo e/o estintivo di diritti sul patrimonio dell'Associazione, nonche' lasciti, donazioni, conferimenti limitatamente ad enti aventi qualifica di Onlus, per favorire l'esercizio delle finalita' statutarie.
La carica di consigliere dell'Associazione e' a titolo gratuito. Sono riconosciuti solo i rimborsi spese per l'espletamento della carica.

Art. 9 Presidente

Il Presidente ha la legale rappresentanza dell'Associazione; guida la politica associativa generale; presie-

de il Consiglio Direttivo e l'Assemblea dei Soci; vigila sull'osservanza delle norme statutarie e provvede all'esecuzione delle delibere del Consiglio Direttivo; e' consegnatario del patrimonio dell'Associazione e dei mezzi di esercizio.
In caso di assenza o impedimento e' sostituito dal Vice Presidente. In caso di assenza o impedimento anche di quest'ultimo, e' sostituito dal componente del Consiglio piu' anziano di eta'.
La carica di Presidente dell'Associazione e' a titolo gratuito. Sono riconosciuti solo i rimborsi spese per l'espletamento della carica.

Art. 10 Collegio dei Revisori Contabili

Il Collegio dei Revisori Contabili viene eletto dall'Assemblea e si compone di tre membri effettivi di cui di norma almeno uno iscritto all'Albo dei Revisori Contabili o di altro albo equipollente, e di eventuali altri due membri supplenti, quando le leggi vigenti lo richiedano.
Nella prima riunione dopo l'elezione deve essere eletto il Presidente del Collegio.
L'incarico di Revisore contabile e' incompatibile con qualsiasi altra carica dell'Associazione.
Nella rieleggibilita' valgono le norme dettate nel presente statuto per i membri del Consiglio Direttivo.
I Revisori dei Conti partecipano di diritto alle adunanze dell'Assemblea.
I Revisori dei Conti hanno il compito di controllare la correttezza della gestione economica e finanziaria dell'Associazione, predisponendo una relazione annuale in occasione dell'approvazione del bilancio consuntivo.
I Revisori Contabili possono partecipare alle riunioni del Consiglio Direttivo con voto consultivo.

TITOLO V

Art. 11 bilancio e avanzi di gestione

L'esercizio sociale va dal 1° di gennaio al 31 dicembre, fatta eccezione del primo esercizio che ha durata dalla data di costituzione al 31 dicembre 2008. Eventuali avanzi di gestione saranno accantonati in apposito fondo e impiegati per la realizzazione delle attivita' istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse. Tale fondo potra' essere utilizzato per la copertura degli eventuali disavanzi di gestione. E' fatto divieto di distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonche' fondi, riserve o capitali durante la vita dell'Associazione stessa, a meno che la destinazione o distribuzione non siano imposte per legge.

Art. 12 convenzioni

Le convenzioni tra l'Associazione o le Sezioni ed altri enti e soggetti sono deliberate dal relativo Consiglio Direttivo che ne determina anche le modalita' di attuazione, sono stipulate dal relativo Presidente, quale legale rappresentante e dallo stesso custodite presso la sede.

Art. 13 dipendenti e collaboratori

L'Associazione e le Sezioni possono assumere dipendenti e giovarsi dell'opera di collaboratori autonomi, nei limiti previsti dalla L. 266/91.
I dipendenti sono, ai sensi di legge e di regolamento, assicurati contro le malattie, infortunio, e per la responsabilita' civile verso i terzi.

Art. 14 assicurazione dei volontari

I volontari all'Associazione e alle Sezioni sono assicurati per infortunio, e per la responsabilita' civile verso i terzi ai sensi dell'art. 4 della L. 266/91.

Art. 15 scioglimento dell'Associazione

Lo scioglimento dell'Associazione deve essere deliberato dall'Assemblea Straordinaria.
L'avviso di convocazione dell'Assemblea Straordinaria per lo scioglimento dell'Associazione deve essere inviata almeno trenta giorni prima dell'adunanza (data dell'assemblea).
Per deliberare lo scioglimento dell'Associazione occorre il voto favorevole di almeno tre quarti degli associati.
In caso di scioglimento dell'Associazione, i beni dello stesso, dopo il pagamento di tutti gli eventuali debiti, saranno devoluti ad altra organizzazione ONLUS, preferibilmente esistente nel territorio regionale del Friuli Venezia Giulia, sentito il parere dell'Autorita' di Controllo di cui all'art 3, comma 189 e successivi, della Legge n. 662 del 23 dicembre 1996.

Art. 16 norme di rinvio

Per tutto quanto non previsto nel presente statuto si rinvia alle leggi vigenti in materia di Enti Associarvi privati e/o con personalita' giuridica, di associazioni di volontariato e di ONLUS e alle norme del codice civile.

VISTO: IL PRESIDENTE: SERRACCHIANI

15_36_1_DPR_171_1_TESTO

Decreto del Presidente della Regione 28 agosto 2015, n. 0171/Pres.

DPR 327/2001, art. 41. Sostituzione di un componente della Commissione espropri di Trieste.

IL PRESIDENTE

VISTO l'articolo 41 del decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 2001, n. 327 come modificato dal decreto legislativo 27 dicembre 2002, n. 302, che prevede che la Regione istituisca, in ciascuna Provincia, una Commissione con il compito di determinare l'indennità definitiva di espropriazione, nonché di determinare, entro il 31 gennaio di ogni anno, il valore agricolo medio, nel precedente anno solare, dei terreni considerati non oggetto di contratto agrario, secondo i tipi di coltura effettivamente praticati, in relazione alle singole regioni agrarie;
ATTESO che ai sensi del succitato articolo 41, la Regione è competente alla nomina di due esperti in materia urbanistica ed edilizia e di tre esperti in materia di agricoltura e di foreste, questi ultimi nominati su terne proposte dalle associazioni sindacali maggiormente rappresentative;
VISTI la deliberazione della Giunta regionale n. 1982 di data 29 ottobre 2013 e il successivo proprio decreto n. 0209/Pres. del 31 ottobre 2013 con cui sono state rinnovate le commissioni già istituite con deliberazione della Giunta regionale n. 3955 del 2 novembre 1977 e proprio decreto n. 02106, del 1 dicembre 1977 e designati gli esperti in materia di agricoltura, foreste e urbanistica, di nomina regionale, per la durata di cinque anni e fino al 30 ottobre 2018;
PRESO ATTO che con detti atti è stato nominato dalla Regione, tra gli altri, il geom. Oscar Abbondanza, in qualità di esperto in materia di urbanistica ed edilizia;
VISTA la nota di data 14 maggio 2015, con la quale il geom. Oscar Abbondanza ha comunicato le proprie dimissioni a componente delle Commissioni espropri di Trieste;
ACCERTATA, in base alla preparazione e all'esperienza, la disponibilità e l'idoneità del dott. arch. Alessando Canola, dipendente della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione centrale infrastrutture, mobilità, pianificazione territoriale, lavori pubblici, edilizia, servizio lavori pubblici, a ricoprire la carica di componente della Commissione di Trieste in qualità di esperto in materia di urbanistica ed edilizia;
VISTA la deliberazione n. 1533, di data 31 luglio 2015, con cui la Giunta regionale ha nominato il dott. arch. Alessandro Canola componente della Commissione provinciale per la determinazione delle indennità di espropriazione di Trieste in sostituzione del geom. Oscar Abbondanza a far data dal presente provvedimento.
VISTA la dichiarazione resa ai sensi dell'articolo 7 bis ante, della legge regionale 23 giugno 1978, n. 75, così come introdotto dall'articolo 55 della legge regionale 15 febbraio 2000, n. 1;
RITENUTO quindi di procedere al formale atto di nomina del dott. arch. Alessandro Canola quale esperto in materia di urbanistica ed edilizia della Commissione provinciale per la determinazione delle indennità di espropriazione di Trieste;
VISTO l'articolo 42 dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia;
SU CONFORME deliberazione della Giunta regionale n. 1533 del 31 luglio 2015;

DECRETA

1. Il dott. arch. Alessandro Canola, è nominato componente della Commissione provinciale per la determinazione delle indennità di espropriazione di Trieste quale esperto in materia di urbanistica ed edilizia in sostituzione del geom. Oscar Abbondanza, a far data dal presente provvedimento e fino al 30 ottobre 2018.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

SERRACCHIANI

15_36_1_DPR_172_1_TESTO

Decreto del Presidente della Regione 28 agosto 2015, n. 0172/Pres.

Regolamento recante i requisiti delle strutture e dei servizi funebri, cimiteriali e di polizia mortuaria ai sensi dell'articolo 3

della legge regionale 21 ottobre 2011, n. 12 (norme in materia funeraria e di polizia mortuaria).

IL PRESIDENTE

VISTA la legge regionale 21 ottobre 2011, n. 12 (Norme in materia funeraria e di polizia mortuaria);
VISTO, in particolare, l'articolo 3, comma 4, della legge regionale 12/2011 che prevede l'adozione di un regolamento regionale che disciplini:
a) i requisiti strutturali dei cimiteri e dei crematori;
b) i requisiti delle strutture destinate al servizio obitoriale;
c) i requisiti strutturali delle case funerarie e delle sale del commiato;
d) i requisiti dei mezzi di trasporto funebre e delle casse;
e) i requisiti strutturali, gestionali e professionali per l'esercizio dell'attività funebre;
f) le caratteristiche e le modalità di realizzazione delle cappelle private e delle tumulazioni privilegiate fuori dai cimiteri;
g) l'elenco delle malattie infettive che richiedono particolari prescrizioni per la sepoltura o per la cremazione, per la esumazione ed estumulazione;
VISTO l'articolo 42 dello Statuto della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia;
VISTO l'articolo 14 della legge regionale 18 giugno 2007, n. 17;
SU CONFORME deliberazione della Giunta regionale n. 1476 del 22 luglio 2015;

DECRETA

1. È emanato il "Regolamento recante i requisiti delle strutture e dei servizi funebri, cimiteriali e di polizia mortuaria ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 21 ottobre 2011, n. 12 (Norme in materia funeraria e di polizia mortuaria)", nel testo allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
2. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

SERRACCHIANI

15_36_1_DPR_172_2_ALL1

Regolamento recante i requisiti delle strutture e dei servizi funebri, cimiteriali e di polizia mortuaria ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 21 ottobre 2011, n. 12 (Norme in materia funeraria e di polizia mortuaria)

CAPO I – OGGETTO

Art. 1 - oggetto.

1. Il presente regolamento disciplina i requisiti delle strutture e dei servizi funebri, cimiteriali e di polizia mortuaria in attuazione dell'articolo 3, della legge regionale 21 ottobre 2011, n. 12 (Norme in materia funeraria e di polizia mortuaria).

CAPO II – I REQUISITI STRUTTURALI DEI CIMITERI E DEI CREMATORI

Art. 2 - caratteristiche e modalità di realizzazione dei loculi stagni.

1. La tumulazione dei defunti, di cui all'articolo 34 della legge regionale 12/2011, avviene in loculi stagni aventi le caratteristiche definite dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria).
2. Le casse per la tumulazione in loculo stagno hanno le caratteristiche di cui all'articolo 9.

Art. 3 - caratteristiche e modalità di realizzazione dei loculi aerati.

1. I loculi aerati, di cui all'articolo 34 della legge regionale 12/2011, prevedono sistemi che garantiscono, un idoneo trattamento sia dei liquidi che dei gas provenienti dai processi putrefattivi del cadavere, mediante l'utilizzo di soluzioni tecniche, anche costruttive, atte a favorire i processi di mineralizzazione.
2. I loculi aerati sono realizzati in aree appositamente destinate dal piano cimiteriale, in manufatti di nuova costruzione o mediante ristrutturazione di quelli esistenti.
3. Le caratteristiche costruttive sono quelle previste dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 285/1990, ad eccezione delle soluzioni tecniche per la raccolta dei liquidi e per la fuoriuscita dei gas disciplinate dai commi da 4 a 10.
4. La neutralizzazione degli effetti dei gas di putrefazione avviene mediante un sistema di aerazione per singolo loculo o mediante l'utilizzo di canalizzazioni per gruppi di loculi. In entrambi i casi sono adottati i sistemi di depurazione di cui ai commi da 5 a 9.
5. Il sistema di depurazione ha lo scopo di trattare i gas derivanti dalla decomposizione cadaverica mediante l'impiego di filtro assorbente con particolari caratteristiche fisico-chimiche o di un filtro biologico oppure di soluzioni miste. La capacità di depurazione del filtro garantisce che non vi sia percezione olfattiva in atmosfera di gas provenienti dalla putrefazione, protratta per tutto il periodo di funzionamento del sistema depurativo. I parametri di

efficacia, per il periodo di funzionamento del sistema, rispetto ai principali composti volatili rinvenibili nei gas di putrefazione sono i seguenti:

a) 95% +/- 5% per ammoniaca (NH_3) e acetone (CH_3COCH_3);
b) 99% +/- 1% per l'etilmercaptano (CH_3CH_2SH).

6. I filtri riportano impresso il marchio del fabbricante, in posizione visibile, e la sigla identificativa delle caratteristiche possedute ai fini di controllo.
7. La neutralizzazione dei liquidi cadaverici è svolta all'interno del loculo, o all'esterno, con la canalizzazione del percolato in apposito luogo confinato.
8. In caso di neutralizzazione interna dei liquidi cadaverici, sotto il feretro sono garantite condizioni di raccolta durature nel tempo di eventuali percolazioni di liquidi, attraverso soluzioni fisse o mobili, capaci di trattenere almeno cinquanta litri di liquidi, e l'uso di quantità adeguate di materiale assorbente, a base batterico-enzimatica, biodegradante.
9. In caso di neutralizzazione esterna dei liquidi cadaverici, sono garantite condizioni durature di raccolta di eventuale percolazione di liquidi, attraverso soluzioni capaci di canalizzare il percolato in apposito luogo confinato ed opportunamente dimensionato, garantendo l'impermeabilizzazione del sistema per evitare la contaminazione della falda.
10. Il loculo è realizzato con materiali o soluzioni tecnologiche che impediscano la fuoriuscita dei gas di putrefazione dalle pareti, se non attraverso le apposite canalizzazioni per la raccolta dei liquidi e per la fuoriuscita dei gas.
11. Le casse per la tumulazione in loculo aerato hanno le caratteristiche di cui all'articolo 9.
12. È vietata la tumulazione aerata di feretri dotati di cassa di metallo.
13. È vietata la tumulazione aerata di feretri di defunti la cui morte è dovuta ad una delle malattie infettive – diffusive previste dal successivo articolo 14 del presente regolamento.
14. Le estumulazioni ordinarie dai loculi aerati si eseguono allo scadere della concessione e comunque non prima di dieci anni dalla tumulazione ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 12/2011.

Art. 4 - I requisiti strutturali dei crematori

1. Nella realizzazione dei crematori sono predisposte sale attigue agli stessi per consentire il rispetto dei riti di commemorazione del defunto e un dignitoso commiato.
2. Si applicano le previsioni delle "Linee guida in materia di requisiti igienico-sanitari dei luoghi di lavoro destinati alle attività di produzione di beni e dei servizi di cui alla direttiva 123/2006 CE", approvate con deliberazione della Giunta regionale 16 novembre 2013, n. 2117.

3. Le sale destinate all'esposizione e al deposito dei feretri, la sala dell'impianto, i corridoi e comunque tutte le aree di deposito/magazzino, in considerazione della contiguità delle stesse e dei percorsi necessari allo svolgimento delle attività, sono dotate di idonea illuminazione e ventilazione, di pavimenti lavabili e disinfettabili, di pareti lavabili e disinfettabili fino a m 2 di altezza e di acqua corrente in lavabi con comando di erogazione non manuale. Il pavimento è disposto in modo da garantire il facile scolo delle acque di lavaggio, di cui è assicurato il facile ed innocuo smaltimento.
4. Le casse per la cremazione hanno le caratteristiche di cui all'articolo 9.
5. È vietata la cremazione dei feretri dotati di cassa in metallo, quale intervento primario per il contenimento delle emissioni in atmosfera e per la riduzione dell'impatto ambientale dei processi di combustione.
6. Per quanto concerne la cremazione di feretri, trascorsi almeno vent'anni dalla tumulazione, a seguito di estumulazione per rotazione cimiteriale, è consentita, presso gli impianti crematori, la traslazione dei resti mortali, con trasferimento da cassa in legno/zinco a cassa idonea alla cremazione di cui all'articolo 9.
7. Analogamente è consentita, presso gli impianti crematori, anche la traslazione del cadavere da cassa in legno/zinco a cassa idonea alla cremazione anche in caso di estumulazione straordinaria, effettuata su richiesta degli aventi diritto.
8. La traslazione avviene in una sala avente le caratteristiche previste dall'articolo 66 del decreto del Presidente della Repubblica 285/1990.

CAPO III – I REQUISITI DELLE STRUTTURE DESTINATE AL SERVIZIO OBITORIALE

Art. 5 - Requisiti delle strutture destinate al servizio obitoriale

1. Le strutture destinate al servizio obitoriale, di cui all'articolo 15 della legge regionale 12/2011, rispondono ai requisiti minimi previsti dai capi III, XI e XII del decreto del Presidente della Repubblica 285/90. Sono istituite nell'ambito del cimitero del Comune stesso o in convenzione con altro Comune, presso gli ospedali o presso altri istituti sanitari.
2. Nel locale destinato a fungere da deposito di osservazione è assicurata una temperatura tra 16°C e 18°C durante l'intero periodo di osservazione, ottenibile anche con sistemi amovibili di riscaldamento/condizionamento.
3. Nel locale destinato a fungere da deposito di osservazione è predisposto un servizio di sorveglianza e/o un sistema di rilevazione e segnalazione a distanza, fisso o amovibile, per la sorveglianza del cadavere, anche ai fini del rilevamento di eventuali manifestazioni di vita durante l'intero periodo di osservazione.

CAPO IV – I REQUISITI STRUTTURALI DELLE CASE FUNERARIE E DELLE SALE DEL COMMIATO

Art. 6 - Requisiti strutturali delle case funerarie

1. La casa funeraria, di cui all'articolo 16 della legge regionale 12/2011, è la struttura gestita da soggetti esercitanti l'attività funebre che provvede, a richiesta dei familiari o di altri aventi titolo, allo svolgimento delle funzioni di osservazione del cadavere, trattamento conservativo, trattamenti di tanatoprassi e tanatocosmesi, custodia ed esposizione del cadavere e attività proprie della sala del commiato.
2. Il regolamento comunale di polizia mortuaria stabilisce, l'ubicazione, le condizioni di esercizio e di utilizzo delle strutture obitoriali, delle sale del commiato e delle case funerarie, in relazione alla situazione locale, fermo restando il rispetto della distanza minima di metri cinquanta dalle strutture sanitarie pubbliche e private, dai cimiteri e dai crematori.
3. L'edificio ha destinazione d'uso esclusivo e risponde ai seguenti requisiti minimi generali:
   a) locali, ubicati al piano terra, distinti e separati per le seguenti attività:
      1) accoglimento e osservazione della salma durante il periodo di osservazione (deposito di osservazione);
      2) esecuzione dei trattamenti consentiti, preparazione del cadavere;
      3) esposizione, eventualmente anche durante il periodo di osservazione, della salma e custodia del cadavere prima della chiusura della cassa (camera ardente);
      4) celle frigorifere, almeno due di tipo monoposto o una stanza frigorifera;
      5) celebrazione del commiato (sala del commiato);
   b) ulteriori locali richiesti:
      1) locali ed uffici destinati all'attività amministrativa;
      2) servizi igienici per il personale;
      3) spogliatoi per il personale, attrezzati di armadietti individuali a doppio scomparto;
      4) servizi igienici per i dolenti accessibili e attrezzati anche per le persone con disabilità;
   c) assenza di barriere architettoniche nel rispetto della normativa vigente;
   d) illuminazione e aerazione naturali dirette in ragione di 1/8 della superficie in pianta dei singoli locali, uniformemente distribuita ovvero adeguato impianto di condizionamento con ventilazione artificiale in grado di assicurare almeno 6 ricambi/ora con aria esterna;
   e) altezza libera interna non inferiore a m 3,00 fatte salve diverse previsioni stabilite dai regolamenti edilizi locali in relazione a situazioni geografiche particolari;
   f) impianto di illuminazione di emergenza;
   g) locale/spazio per il deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumenti;

h) locale/spazio, non accessibile al pubblico, per il deposito del materiale sporco e dei rifiuti speciali.

4. Sono requisiti minimi specifici per tutti i locali destinati alla sosta delle salme/cadaveri:
   a) il deposito di osservazione ha una superficie minima in pianta non inferiore a mq 20, con lato minimo non inferiore a m 4;
   b) il locale per l'esecuzione dei trattamenti e preparazione ha una superficie minima in pianta tale da consentire un'agevole movimentazione del feretro;
   c) per i locali destinati solo ad esposizione della singola salma, anche durante il periodo di osservazione, ovvero destinati a custodia del singolo cadavere prima della chiusura della cassa (camere ardenti), si prevede una superficie minima in pianta tale da consentire una agevole movimentazione del feretro;
   d) pavimenti, pareti fino all'altezza di almeno m 2 dal pavimento e superfici di lavoro, lavabili, disinfettabili e privi di connessioni ad angolo;
   e) condizionamento ambientale idoneo a garantire:
      1) temperatura interna invernale ed estiva non superiore a 18 °C;
      2) umidità relativa 60% (± 5%);
      3) ricambio d'aria pari a 15 ricambi/ora con aria esterna.
5. Costituiscono ulteriori requisiti per il solo locale destinato ai trattamenti e preparazione del cadavere:
   a) lavello in acciaio inox dotato di rubinetteria a comando non manuale e dispensatore di sapone liquido o detergente antisettico;
   b) tavolo per gli eventuali trattamenti consentiti in acciaio inox o pietra naturale ben levigata od altro idoneo materiale perfettamente lavabile e disinfettabile, provvisto di canalizzazione per il rapido e sicuro allontanamento e smaltimento dei liquidi e acque di lavaggio;
   c) sistema di aspirazione dei gas.
6. I locali destinati all'accoglimento e osservazione del cadavere sono accessibili da parte del pubblico con percorsi indipendenti da quelli utilizzati dal personale addetto alle attività funerarie e dotati di apparecchiature di rilevazione e segnalazione a distanza per la sorveglianza del cadavere anche ai fini del rilevamento di eventuali manifestazioni di vita.
7. La sala destinata alla celebrazione dei riti di commemorazione risponde ai requisiti specifici previsti per la "sala del commiato" di cui all'articolo 7.
8. Il gestore predispone formalmente e regolamenta le procedure di corretta gestione delle attività svolte dal personale all'interno della casa funeraria con documenti a firma del responsabile legale della struttura.
9. Il gestore redige la carta dei servizi e la mette a disposizione degli utenti.

Art. 7 - Requisiti strutturali della sala del commiato

1. La sala del commiato, di cui all'articolo 17 della legge regionale 12/2011, è la struttura destinata, a richiesta dei familiari o altri aventi titolo, a ricevere e tenere in custodia per brevi periodi nonché esporre il feretro per la celebrazione di riti di commemorazione e di dignitoso commiato.
2. Il regolamento comunale di polizia mortuaria stabilisce l'ubicazione, le condizioni di esercizio e di utilizzo delle strutture obitoriali e delle sale del commiato in relazione alla situazione locale, ferma restante la distanza non inferiore a metri cinquanta dalle strutture sanitarie pubbliche e private, quando non ubicato all'interno della struttura sanitaria o socio assistenziale.
3. La struttura ha destinazione d'uso esclusivo e risponde ai seguenti requisiti, documentabili anche attraverso tavole grafiche di progetto:

   a) locali ubicati al piano terra e direttamente comunicanti con l'esterno;
   b) assenza di barriere architettoniche nel rispetto della normativa vigente in materia;
   c) illuminazione e aerazione naturali dirette in ragione di 1/8 della superficie in pianta dei singoli locali, uniformemente distribuita;
   d) altezza libera interna non inferiore a m 3,00 fatte salve diverse previsioni stabilite dai regolamenti edilizi locali in relazione a situazioni geografiche particolari;
   e) superficie minima in pianta dei singoli locali di commemorazione non inferiore a mq 70 con lato minimo non inferiore a m 7;
   f) impianto di condizionamento idoneo ad assicurare condizioni microclimatiche confortevoli;
   g) servizi igienici per il pubblico accessibili e attrezzati anche per le persone con disabilità;
   h) dotazione di arredi adeguati all'accoglimento del feretro (cassa chiusa) e dei partecipanti.

4. Non costituisce sala del commiato il locale destinato alla sosta temporanea del feretro per il tributo di speciali onoranze.

CAPO V – I REQUISITI DEI MEZZI DI TRASPORTO FUNEBRE E DELLE CASSE

Art. 8 - Requisiti dei mezzi di trasporto funebre

1. I mezzi di trasporto funebre, di cui all'articolo 24 della legge regionale 12/2011, sono dotati di un comparto destinato al posizionamento del feretro, nettamente separato dal posto di guida, rivestito internamente di lamiera metallica o di altro materiale impermeabile, facilmente lavabile e disinfettabile.

2. Tali mezzi di trasporto sono inoltre attrezzati con idonei sistemi che impediscono lo spostamento del feretro durante il trasporto.
3. Detti mezzi di trasporto sono posti in servizio solo dopo esser stati riconosciuti idonei dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria competente per territorio, che ne controlla almeno una volta all'anno lo stato di manutenzione.
4. Un apposito registro, dal quale risulti la dichiarazione di idoneità, è conservato sul carro in ogni suo trasferimento, per essere, a richiesta, esibito agli organi di vigilanza.

Art. 9 - Requisiti delle casse

1. I requisiti per la costruzione delle casse lignee ad uso funerario, di cui all'articolo 19 della legge regionale 12/2011, sono quelli stabiliti con le norme tecniche UNI 11520 e 11519. In particolare:

    a) per l'inumazione le casse lignee rispondono alle particolari disposizioni di cui al punto 7.2 della norma UNI 11520;
    b) per l'uso crematorio le casse lignee rispondono alle particolari disposizioni di cui ai punti 7.3 ed appendice A.3 della norma UNI 11520; valgono le previsioni della nota 2 del punto 7.3 per la realizzazione di cofani con spessore inferiore e minore impatto ambientale;
    c) per la tumulazione in loculo stagno le casse lignee rispondono alle particolari disposizioni di cui al punto 7.1 della norma UNI 11520;
    d) per la tumulazione aerata, le casse lignee, rispondono alle particolari disposizioni di cui al punto 7.2 della norma UNI 11520;
    e) per ogni altra caratteristica relativa ai contenitori interni, involucri, dispositivi ed accessori si rinvia a quanto stabilito dalla normativa nazionale ed alle conseguenti autorizzazioni ministeriali, raccomandando il rispetto delle norme UNI EN 13432 o 14995 in materia di biodegradabilità e compostabilità;

2. L'utilizzo di casse in materiale sintetico biodegradabile, comunque previamente autorizzate dal Ministero della Salute, è soggetto al rispetto delle norme tecniche UNI EN 14995.

CAPO VI – I REQUISITI STRUTTURALI, GESTIONALI E PROFESSIONALI PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ FUNEBRE

Art. 10 - I requisiti strutturali, gestionali e professionali per l'esercizio dell'attività funebre

1. Al fine dell'esercizio dell'attività funebre, di cui all'articolo 6 della legge regionale 12/2011, le imprese esercenti l'attività funebre sono in possesso dei seguenti requisiti:

   a) un responsabile della conduzione dell'attività funebre, specificamente individuato, anche coincidente col legale rappresentante dell'impresa.
   b) disponibilità di una sede, regolarmente aperta al pubblico, idonea al conferimento degli incarichi e al disbrigo delle pratiche relative al decesso, alla vendita di casse mortuarie e di altri articoli funebri e ad ogni altra attività inerente al funerale;
   c) carta dei servizi e delle prestazioni con relativo prezzario esposta al pubblico in ogni sede commerciale dell'impresa;
   d) disponibilità continuativa di almeno un mezzo funebre;
   e) disponibilità continuativa di un'autorimessa attrezzata per la disinfezione e il ricovero di tutti i carri funebri gestiti;
   f) personale in possesso di adeguate conoscenze teorico-pratiche attinenti le specifiche mansioni svolte, formato ai sensi dell'articolo 37 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).

CAPO VII – LE CARATTERISTICHE E LE MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DELLE CAPPELLE PRIVATE E DELLE TUMULAZIONI PRIVILEGIATE FUORI DAI CIMITERI

Art. 11 - Caratteristiche e modalità di realizzazione delle cappelle private fuori dai cimiteri

1. Le cappelle private fuori dal cimitero, di cui all'articolo 39 della legge regionale 12/2011, sono disciplinate dagli artt. 101, 102, 103 e 104 del decreto del Presidente della Repubblica 285/1990.

Art. 12 - Caratteristiche e modalità di realizzazione delle tumulazioni privilegiate fuori dai cimiteri

1. La tumulazione privilegiata, di cui all'articolo 40 della legge regionale 12/2011, è la tumulazione del cadavere o dei resti mortali in luoghi al di fuori del cimitero e diversi dalle cappelle private di cui all'articolo 39 della legge regionale 12/2011, per onorare la memoria di chi ha acquisito in vita eccezionali benemerenze o quando concorrono giustificati motivi di speciali onoranze.
2. L'autorizzazione alla tumulazione privilegiata fuori dai cimiteri, nel rispetto delle norme stabilite nel decreto del Presidente della Repubblica n. 285/1990 e qualora concorrano giustificati motivi di speciali onoranze e per onorare la memoria di chi abbia acquisito in vita eccezionali benemerenze, può essere

richiesta al Comune competente per territorio con istanza corredata dei seguenti documenti:

a) nulla osta dei familiari, qualora la richiesta sia fatta da persona estranea alla famiglia del defunto;
b) autorizzazione per la sepoltura rilasciata dall'Ufficiale dello Stato Civile;
c) biografia dell'estinto, corredata di ogni possibile materiale illustrativo dei meriti per i quali viene richiesta la tumulazione fuori dal cimitero;
d) pareri del Sindaco del Comune dove è situato il luogo della sepoltura richiesta e del Prefetto che descrivano i meriti del defunto ed i motivi per cui si sostiene ovvero si ritiene di respingere l'istanza;
e) nulla osta della competente autorità religiosa, qualora la tumulazione insista in un luogo di culto;
f) attestazione dell'avvenuto versamento dell'imposta di bollo di valore vigente;
g) destinazione di piano regolatore della zona interessata, nonché concessione o licenza edilizia;
h) qualora la realizzazione della tumulazione privilegiata richieda interventi ad edifici monumentali, certificazione che l'edificio non è soggetto a vincoli, tra cui quelli di cui al decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 490 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali, a norma dell'articolo 1 della legge 8 ottobre 1997, n. 352); in caso contrario, parere degli Enti competenti (Soprintendenza ai Beni Culturali ed Ambientali, ecc.);
i) planimetria in scala 1:100 dell'edificio destinato ad accogliere la tomba con l'indicazione dell'ubicazione della stessa completa dei particolari costruttivi ed architettonici della tomba in scala 1:20;
j) relazione tecnica in cui sia definita la rispondenza della tomba alle seguenti caratteristiche:
    1) caratteristiche del loculo per la tumulazione di cadavere: il loculo ha uno spazio esterno libero per il diretto accesso al feretro; le misure di ingombro libero interno non sono inferiori ad un parallelepipedo di 225 cm di lunghezza, 75 cm di larghezza e di 70 cm di altezza. Lo spessore delle pareti del loculo, sia verticali che orizzontali, è di almeno 40 cm, a meno che non si impieghino lastre di pietra naturale e compatta o pareti in cemento armato il cui spessore non deve essere inferiore a 10 cm unite con malta di cemento od in blocco unico; le pareti del loculo hanno caratteristiche di impermeabilità ai liquidi ed ai gas e sono in grado di mantenere nel tempo tali proprietà. Le solette orizzontali sono dimensionate per un sovraccarico di almeno 250 kg/mq. Il piano di appoggio del feretro è

inclinato verso l'interno in modo da evitare l'eventuale fuoriuscita di liquido. La chiusura del tumulo è realizzata con muratura di mattoni pieni a una testa o con pietra naturale di spessore non inferiore a 15 cm intonacate nella parte esterna. É consentita, altresì, la chiusura con lastra di cemento armato vibrato o altro materiale avente le stesse caratteristiche di stabilità, di spessore atto ad assicurare resistenza meccanica e comunque non inferiore a 3 cm e sigillati con cemento ad espansione in modo da rendere la chiusura stessa a tenuta ermetica. La struttura del loculo risponde ai requisiti richiesti per la resistenza delle strutture edilizie, con particolare riferimento alle disposizioni per la realizzazione delle costruzioni in zone sismiche;

2) caratteristiche del loculo ossario e del loculo cinerario individuali: il loculo ha uno spazio esterno libero per il diretto accesso alla cassettina di resti o all'urna cineraria; le misure di ingombro libero interno del loculo ossario non sono inferiori ad un parallelepipedo di 70 cm di lunghezza, 30 cm di larghezza e di 30 cm di altezza; le misure di ingombro libero interno del loculo cinerario non sono inferiori ad un parallelepipedo di 30 cm di lunghezza, 30 cm di larghezza e di 50 cm di altezza; le pareti del loculo hanno caratteristiche di impermeabilità ai liquidi ed ai gas e sono in grado di mantenere nel tempo tali proprietà; la chiusura del loculo è effettuata con collocazione di piastra in marmo o altro materiale resistente all'azione degli agenti atmosferici; la struttura del loculo risponde ai requisiti richiesti per la resistenza delle strutture edilizie, con particolare riferimento alle disposizioni per la realizzazione delle costruzioni in zone sismiche.

CAPO VIII – ELENCO DELLE MALATTIE INFETTIVE CHE RICHIEDONO PARTICOLARI PRESCRIZIONI PER LA SEPOLTURA O PER LA CREMAZIONE, PER LA ESUMAZIONE ED ESTUMULAZIONE

Art. 13 - Elenco delle malattie infettive che richiedono particolari prescrizioni per la sepoltura o per la cremazione, per la esumazione ed estumulazione.

1. Le malattie infettive (infettivo-diffusive) che richiedono particolari prescrizioni per la sepoltura o per la cremazione sono quelle individuate negli elenchi del Ministero della Salute.

CAPO IX – DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 14 - Norme finali e transitorie.

1. Le strutture e le attività già esistenti o per le quali siano già state rilasciate le autorizzazioni previste si adeguano ai requisiti di cui agli articoli 3, 4, 5, 6, 7 e 10 entro un anno dall'entrata in vigore del regolamento, per le sole modifiche che non comportino interventi edilizi di carattere straordinario.
2. Al fine di consentire l'utilizzo di giacenze di magazzino è prorogato per un periodo massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, l'utilizzo di casse conformi al solo regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 285/1990.
3. Ai sensi dell'art. 53, comma 5, della legge regionale n. 12/2011, per tutto quanto non espressamente previsto o non diversamente disposto dal presente regolamento si fa rinvio alla normativa statale vigente.

Art. 15 – Entrata in vigore

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione.

VISTO: IL PRESIDENTE: SERRACCHIANI

15_36_1_DPR_173_1_TESTO

Decreto del Presidente della Regione 28 agosto 2015, n. 0173/Pres.

DPR 361/2000, art. 4. "Fondazione Scuola di formazione della funzione pubblica regionale" - Udine. Cancellazione dal Registro regionale delle persone giuridiche.

IL PRESIDENTE

PREMESSO che con proprio decreto del 18 novembre 2012, n. 0188/Pres. è stato approvato lo statuto ed è stata riconosciuta la personalità giuridica di diritto privato della Fondazione Scuola di formazione della Funzione Pubblica regionale" avente sede a Udine, istituita ai sensi dell'articolo 12, commi da 14 a 23, della legge regionale 11 agosto 2011, n. 11 ed attualmente iscritta al n. 253 del Registro regionale delle persone giuridiche;
VISTO il proprio decreto del 29 gennaio 2014, n. 010/Pres. di estinzione della suddetta Fondazione a seguito della sopravvenuta mancanza di risorse economiche adeguate al perseguimento degli scopi statutari;
VISTA la nota del 24 febbraio 2014 con la quale il presidente della Fondazione ha comunicato la nomina del liquidatore, avvenuta con deliberazione del Consiglio di amministrazione del 20 febbraio 2014;
VISTA la nota del 25 marzo 2015 con la quale il liquidatore della Fondazione ha comunicato l'avvenuta liquidazione della medesima per effetto della deliberazione del Consiglio di Amministrazione del 20 febbraio 2014 e il versamento delle residue disponibilità finanziarie, pari a euro 253.030,68, sul capitolo 611/E del bilancio regionale;
VISTA la nota del 21 luglio 2015 prot. n. 17948 con la quale la Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie ha confermato l'avvenuto incasso del suddetto importo;
VISTA la nota del 28 luglio 2015 prot. 17655 con la quale la Direzione generale, verificata la regolarità della procedura adottata per lo scioglimento della Fondazione nonché i bilanci relativi agli anni 2012-2013-2014, ha comunicato che nulla osta alla cancellazione della "Fondazione Scuola di Formazione della Funzione Pubblica regionale" dal Registro regionale delle persone giuridiche;
VISTO l'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361;
VISTI gli articoli 4, 8 e 42 dello Statuto della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia;

DECRETA

1. La "Fondazione Scuola di Formazione della Funzione Pubblica regionale" con sede a Udine, a seguito dell'avvenuta liquidazione, è cancellata dal Registro regionale delle persone giuridiche.

Il presente decreto verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

SERRACCHIANI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1637_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 26 agosto 2015, n. 1637

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. B) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1388 e s/1388 per procedere al pagamento di somme erroneamente versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21;
PREMESSO che l'Amministrazione regionale deve provvedere al pagamento di somme che siano state erroneamente versate su coordinate bancarie errate;
RITENUTO di adeguare lo stanziamento iscritto nelle unità di bilancio 12.2.4.3480 dello stato di pre-

visione della spesa con riferimento al capitolo 1388 e 6.3.261 dello stato di previsione dell'entrata con riferimento al capitolo 1388 del bilancio per gli anni 2015-2017 e per l'anno 2015;
RILEVATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 esistono sia le unità di bilancio che i capitoli;
RAVVISATA la necessità di aumentare di euro 728,34 lo stanziamento dell'unità di bilancio 6.3.261 dello stato di previsione dell'entrata con riferimento al capitolo 1388 dello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 e conseguentemente di aumentare dello stesso importo lo stanziamento dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 dello stato di previsione della spesa con riferimento al capitolo 1388 dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015.
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale n. 21/2007, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG)
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Nello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 sono apportate le variazioni alle unità di bilancio e ai capitoli di seguito indicate:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
6.3.261	1388	728,34	-	-

2. Nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 sono apportate le variazioni alle unità di bilancio e ai capitoli di seguito indicate:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
12.2.4.3480	1388	728,34	-	-

3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1388

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 840 - servizio n. 522 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1388

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1638_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 26 agosto 2015, n. 1638

LR 21/2007, art. 18, c. 11ter - Prelevamento dal Fondo per le garanzie prestate dalla Regione per la copertura di controgaranzie a favore delle imprese Pessot Costruzioni Srl, Lavorazioni Meccaniche Legno Srl e Icab di Luigia Cumin e Mario Cabas & C. Sas.

L'ASSESSORE

VISTO l'art. 14 comma 1 della legge regionale 11/2009 recante "Misure urgenti in materia di sviluppo economico regionale, sostegno al reddito dei lavoratori e delle famiglie, accelerazione dei lavori pubblici" che, nel quadro degli interventi per il sostegno e lo sviluppo competitivo delle piccole e medie imprese del Friuli Venezia Giulia, di cui all'art. 12 bis della legge regionale 4/2005, autorizza l'Amministrazione regionale a rilasciare controgaranzie al fine di ridurre il rischio sottostante le operazioni poste in essere a favore delle microimprese e delle piccole e medie imprese (PMI) a valere sul Fondo regionale di garanzia per le PMI ovvero sul Fondo regionale di garanzia per le PMI del settore agricolo;
ATTESO che con deliberazione giuntale n. 553 di data 28/3/2013 è stato disposto il rilascio della controgaranzia regionale a favore del Fondo di garanzia per le PMI, di seguito Fondo, ed a favore di Neafidi relativamente alla pratica n. 275, riguardante l'impresa PESSOT COSTRUZIONI SRL;
CONSIDERATO che in data 12 febbraio 2015 il Tribunale di Pordenone ha omologato il concordato preventivo relativo alla citata impresa e che conseguentemente Banca Mediocredito del Friuli Venezia Giulia ha escusso la cogaranzia prestata dal Fondo e da Neafidi;
ATTESO che, a seguito dell'escussione da parte del citato istituto di credito, il Fondo e Neafidi hanno richiesto all'Amministrazione regionale l'attivazione della controgaranziaper un importo complessivo di euro 140.061,70;
ATTESO che con deliberazione giuntale n. 1367 di data 1/8/2013 è stato disposto il rilascio della controgaranzia regionale a favore del Fondo di garanzia per le PMI ed a favore di Confidi Pordenone relativamente alla pratica n. 345, riguardante l'impresa LAVORAZIONI MECCANICHE LEGNO SRL;
CONSIDERATO che in data 12 marzo 2015 il Tribunale di Pordenone ha omologato il concordato preventivo relativo alla citata impresa e che conseguentemente Banca Mediocredito del Friuli Venezia Giulia ha escusso la cogaranzia prestata dal Fondo e da Confidi;
ATTESO che, a seguito dell'escussione da parte del citato istituto di credito, il Fondo e Confidi hanno richiesto all'Amministrazione regionale l'attivazione della controgaranzia per un importo complessivo di euro 144.000,00;
ATTESO che con deliberazione giuntale n. 1878 data 25/10/2012 è stato disposto il rilascio della controgaranzia regionale a favore del Fondo di garanzia per le PMI, di seguito Fondo, ed a favore di Confidimprese FVG relativamente alla pratica n. 242, riguardante l'impresa ICAB di Luigia Cumin e Mario Cabas & C. Sas;
CONSIDERATO che in data 9 marzo 2015 il Tribunale di Udine ha dichiarato il fallimento relativo alla citata impresa e che conseguentemente Banca Mediocredito del Friuli Venezia Giulia ha escusso la cogaranzia prestata dal Fondo e da Confidi;
ATTESO che, a seguito dell'escussione da parte del citato istituto di credito, il Fondo e Confidi hanno richiesto all'Amministrazione regionale l'attivazione della controgaranzia per un importo complessivo di euro 48.319,35;
VISTO l'art. 18 della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21, così come integrato dall'art. 13 della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27, che ha disposto l'istituzione di un "Fondo per le garanzie prestate dalla Regione", destinato alla copertura delle operazioni assistite da garanzia o controgaranzia regionale e degli oneri derivanti dalle stesse;
ATTESO che, ai sensi dell'art. 18, comma 11ter, della legge regionale 21/2007 e successive modificazioni ed integrazioni, il prelevamento di somme dal citato Fondo e la loro iscrizione nelle appropriate unità di bilancio e capitoli è disposto con decreto dell'Assessore regionale alle finanze;
CONSIDERATO che lo stanziamento iscritto per l'anno 2015 sul capitolo di spesa 1595 "garanzie settori economici - industria e artigianato" del bilancio regionale risulta incapiente per l'intero esercizio finanziario ai fini della copertura delle spese in parola e pertanto si verifica l'esigenza di provvedere al suo impinguamento per un importo di euro 332.381,05, mediante prelievo dal summenzionato Fondo;
VISTA la deliberazione n. 2658 di data 30 dicembre 2014 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28,

DECRETA

1. Nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, viene apportata la variazione all'unità di bilancio e al capitolo di seguito indicato:

UBI	CAP	2015	2016	2017
10.5.1.1177	11545	- 332.381,05		
10.5.2.1177	1595	332.381,05		

2. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 487 - unità di bilancio della spesa 10.5.2.1177

capitolo 1595

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	SI
Prenotazione risorse	NON RILEVANTE
Destinazione di spesa	ESCUSSIONE DI CONTROGARANZIA PRESTATA DALLA REGIONE AI SENSI DI LEGGE

Il presente decreto verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1639_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 26 agosto 2015, n. 1639

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. B)bis - Istituzione di capitoli di entrata "Per memoria" per l'acquisizione di entrate versate a diverso titolo e di competenza del Servizio lavoro e pari opportunità.

L'ASSESSORE

PREMESSO che si presenta la necessità di monitorare il recupero delle somme versate a diverso titolo, come richiesto con dd. 19 agosto 2015 dal Servizio lavoro e pari opportunità della Direzione centrale Lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università;
CONSIDERATO che nello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono le appropriate unità di bilancio su cui far affluire le entrate sopraccitate;
VISTO l'articolo 33, comma 1 lettera b) bis della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21;
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la DGR della seduta del 30 dicembre 2014, n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le sue successive integrazioni;

DECRETA

1. Nello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015 - 2017 e del bilancio per l'anno 2015, nell'ambito delle appropriate unità di bilancio - sono istituiti "per memoria" i capitoli di cui all'allegato sub 1) facente parte integrante del presente decreto.
2. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 860 - servizio n. 545 - unità di bilancio 3.2.132 dell'entrata
capitolo 1193

destinazione	ACQUISIZIONE DI SOMME RELATIVE AL CONTRIBUTO ESONERATIVO DISABILI L.68/1999, ART. 5, COMMA 3

capitolo 1198

destinazione	ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA CAPITALE - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

capitolo 1249

destinazione	ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO - QUOTA INTERESSI DI MORA - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

capitolo 1251

destinazione	ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA CAPITALE - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO INNOVAZIONE

capitolo 1495

destinazione	ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA INTERESSI DI MORA - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO INNOVAZIONE

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1639_2_ALL1

CAPITOLI DI NUOVA ISTITUZIONE

24/08/2015

LR 21/2007 ART. 33 C. 1 LETT. B) BIS - ISTITUZIONE DI CAPITOLI DI ENTRATA "PER MEMORIA" DI COMPETENZA DEL SERVIZIO LAVORO E PARI OPPORTUNITA' DELLA DIREZIONE LAVORO, FORMAZIONE, ISTRUZIONE, PARI OPPORTUNITA', POLITICHE GIOVANILI, RICERCA E UNIVERSITA '

Rubrica 860 DIREZIONE CENTRALE LAVORO, FORMAZIONE, ISTRUZIONE, PARI OPPORTUNITA', POLITICHE GIOVANILI, RICERCA E

Servizio 545 SERVIZIO LAVORO E PARI OPPORTUNITA'

U.B. 3.2.132 RIMBORSI
Istituzione capitolo: E/1193
ACQUISIZIONE DI SOMME RELATIVE AL CONTRIBUTO ESONERATIVO DISABILI L. 68/1999, ART. 5, COMMA 3 ART. 39, COMMA 2, LETTERA B), L.R. 9.8.2005 N. 18

U.B. 3.2.132 RIMBORSI
Istituzione capitolo: E/1198
ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA CAPITALE - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO ARTT. 29, 30, 31, 32, 33, L.R. 9.8.2005 N. 18

U.B. 3.2.132 RIMBORSI
Istituzione capitolo: E/1249
ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA INTERESSI DI MORA - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO ARTT. 29, 30, 31, 32, 33, L.R. 9.8.2005 N. 18

U.B. 3.2.132 RIMBORSI
Istituzione capitolo: E/1251
ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA CAPITALE - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO INNOVAZIONE ART. 16, L.R. 30.4.2003 N. 11

U.B. 3.2.132 RIMBORSI
Istituzione capitolo: E/1495
ACQUISIZIONE DI SOMME DOVUTE A RESTITUZIONI PER REVOCA DEL CONTRIBUTO: QUOTA INTERESSI DI MORA - POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO INNOVAZIONE ART. 16, L.R. 30.4.2003 N. 11

15_36_1_DAS_FIN PATR_1640_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 26 agosto 2015, n. 1640

LR 21/2007, art. 18, cc. 5 e 6 - Prelevamento dal Fondo spese obbligatorie di parte corrente a favore del capitolo s/2717.

L'ASSESSORE

CONSIDERATO che lo stanziamento iscritto per l'anno 2015 sul capitolo di spesa 2717 "Restituzioni canoni derivazioni - servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - u.1.09.99.04.000 - rimborsi di parte corrente a famiglie di somme non dovute o incassate in eccesso" del bilancio regionale si è dimostrato insufficiente per la copertura di tali spese per l'intero esercizio finanziario e ritenuto doveroso, con riferimento alla mail di data 24 agosto 2015 pervenuta dalla Direzione centrale ambiente ed energia, provvedere all'impinguamento del medesimo capitolo, da utilizzarsi per la restituzione di versamenti eccedenti relativi a canoni di derivazioni risorse idriche ai signori Ornella Olimpia, Centis Sergio e Ius Regina, Bevilacqua Enrico, Montico Laura (erede di Pagotto Emanuele) e Tosoratti Sergio;
VISTO l'articolo 18, commi 5 e 6 e articolo 28, comma 10, della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21;
VISTO l'allegato al Programma Operativo di Gestione (POG) esercizi 2015-2016-2017 approvato dalla Giunta regionale con la deliberazione del 30 dicembre 2014, n. 2658 relativo all'elenco dei capitoli con stanziamento per spese obbligatorie;
VERIFICATO che il pertinente capitolo del POG non presenta sufficiente disponibilità;
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2014, n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione 2015, e le successive deliberazioni di variazione;

DECRETA

1. Nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 viene apportata la variazione all'unità di bilancio e al capitolo di seguito indicato:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
10.4.1.1170	2717	1.829,74		
10.5.1.1176	9680	- 1.829,74		

2. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 830 - servizio n. 512 - unità di bilancio della spesa 10.4.1.1170

capitolo 2717

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	SI
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	RESTITUZIONE AGLI AVENTI DIRITTO

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1641_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 26 agosto 2015, n. 1641

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1820 e s/1820 per procedere ai pagamenti previsti dall'articolo 1, comma 629, lettera b) della Legge 190/2014 (Split payment).

L'ASSESSORE

PREMESSO che a seguito delle nuove disposizioni in materia di pagamenti previste dall'articolo 1, comma 629, lettera b) della L. 190/2014 (Legge di stabilita' 2015) l'Amministrazione regionale dovra' contabilizzare i versamenti all'erario dell'imposta sul valore aggiunto addebitata dai propri fornitori di cui alla mail di data 24 agosto 2015 del Servizio tributi, adempimenti fiscali e controllo atti del personale e di spesa della programmazione comunitaria della Direzione centrale Finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale n. 21/2007, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 15.000.000,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1820 dello stato di previsione dell'entrata dei bilanci medesimi;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 15.000.000,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1820 dello stato di previsione della spesa dei bilanci medesimi;
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 489 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1820

destinazione	ENTRATE DERIVANTI DA IVA ADDEBITATA QUALE ACQUIRENTE DI BENI E SERVIZI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMA 629, LETTERA B) LEGGE 23.12.2014, N. 190 (SPLIT PAYMENT) - PARTITA DI GIRO.

b) alla rubrica n. 800 - servizio n. 489 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1820

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	VERSAMENTO IVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMA 629, LETTERA B) LEGGE 23.12.2014, N. 190 (SPLIT PAYMENT) - PARTITA DI GIRO.

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1686_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1686

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1878 e s/1878 per procedere al pagamento di somme che siano state versate cu coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa dell'errata indicazione delle coordinante bancarie di vari beneficiari privati, il pagamento complessivo di euro 600,00 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 600,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1878 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 600,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1878 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1878

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 820 - servizio n. 570 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1878

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1687_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1687

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1880 e s/1880 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa dell'errata indicazione delle coordinante bancarie della Federazione Italiana Pallaca-

nestro il pagamento di euro 16.380,00 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 16.380,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1880 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 16.380,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1880 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1880

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 820 - servizio n. 605 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1880

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1688_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1688

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1893 e s/1893 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa di errata indicazione delle coordinate bancarie della signora Toluzzo Liliana e della FATA SCaRL di Campoformido, il pagamento complessivo di euro 13.504,00 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;

CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 13.504,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1893 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 13.504,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1893 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1893

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 860 - servizio n. 545 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1893

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1689_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1689

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Riduzione capitoli di partita di giro e/1893 e s/1893 per regolazione contabile dei capitoli.

L'ASSESSORE

VISTO il proprio decreto n. 1200 di data 23 giugno 2015 che disponeva l'impinguamento delle unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 e rispettivamente dei capitoli 1893 dello stato di previsione dell'entrata e 1893 della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015;
RILEVATO che il pagamento della somma prevista dal decreto sopraccitato è stata disposta su un capitolo differente e ritenuto di provvedere alla regolazione contabile delle partite di giro negli stati di

previsione dell'entrata e della spesa suindicati;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 e gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è ridotto lo stanziamento di euro 250,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1893 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è ridotto lo stanziamento di euro 250,00 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1893 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1893

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 860 - servizio n. 545 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1893

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1690_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1690

Art. 18, c. 8 e art. 28, c. 10 della LR n. 21/2007 - Reiscrizione di residui perenti di parte capitale. Rettifica dell'allegato sub 1) del decreto n. 1630, dd. 24.08.2015.

L'ASSESSORE

CONSIDERATO che con proprio decreto n. 1630 dd. 24 agosto 2015 non è stato indicato a seguito di per mero errore materiale nell'allegato sub 1) la reiscrizione sul capitolo 2502 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, del credito a favore del Comune di San Dorligo della Valle di euro 134.635,04 in seguito a perenzione amministrativa reclamata dal creditore;
RITENUTO di sostituire il suddetto allegato sub 1) del decreto sopracitato con il seguente allegato sub 1) del presente decreto;
VISTI gli articoli 18, comma 8, e 28, comma 10 della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

VISTO il bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e il bilancio per l'anno 2015;

DECRETA

1. L'allegato sub 1) del decreto n. 1630 dd. 24 agosto 2015 è sostituito dal seguente:

<<Leg.	**Anno**	**Tipo**	**Numero**	**Sub.Num.**
0	2015	DAFP	222222	0

Capitolo

Esercizio	**Capitolo**
2015	644

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	**Anno**	**Ente**	**Numero**	**Sub.Num.**	**Benef**	**Cap. Orig.**	**Att.Amm. Statali**	**Assegna.**	**Cap.E. Corr.**
2011	2007	349	2204	0	1	644	1001	87700864	1650

Nome: PARROCCHIA SAN LEONARDO AB. - SAN LEONARDO

Residuo Perento	
	11.250,00
Totale Decreti	**11.250,00**
Totale Capitolo	**11.250,00**

Capitolo

Esercizio	**Capitolo**
2015	857

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	**Anno**	**Ente**	**Numero**	**Sub.Num.**	**Benef**	**Cap. Orig.**	**Att.Amm. Statali**	**Assegna.**	**Cap.E. Corr.**
2009	2004	270	1669	0	1	857	1001	87700864	1650

Nome: COMUNE DI UDINE

Residuo Perento	
	147.728,95
Totale Decreti	**147.728,95**

Totale Capitolo 147.728,95

Capitolo

Esercizio	Capitolo
2015	2502

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2008	2003	441	1636	0	1	2502	99104732	99106362	1650

Nome: COMUNE DI SAN DORLIGO DELLA VALLE

Residuo Perento

134.635,04

Totale Decreti 134.635,04

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2008	2003	441	1642	0	1	2502	99104732	99106362	1650

Nome: COMUNE DI GONARS

Residuo Perento

57.422,21

Totale Decreti 57.422,21

Totale Capitolo 192.057,25

Capitolo

Esercizio	Capitolo
2015	2505

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2008	2003	441	222	0	1	2505	95013206	91032252	361

Nome: COMUNE DI OSOPPO

Residuo Perento	
	22.815,30
Totale Decreti	**22.815,30**
Totale Capitolo	**22.815,30**

Capitolo

Esercizio	Capitolo
2015	4845

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2004	1999	661	540	0	1	4845	0	0	0

Nome: ASSOCIAZIONE COMUNITA' DEL MELOGRANO - REANA DEL ROIALE

Residuo Perento	
	11.620,28
Totale Decreti	**11.620,28**
Totale Capitolo	**11.620,28**

Capitolo

Esercizio	Capitolo
2015	5134

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2013	2009	320	2182	0	1	5134	1017	87700981	0

Nome: CONSORZIO PER L'AREA DI RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA DI TRIESTE

Residuo Perento

90.000,00

Totale Decreti **90.000,00**

Totale Capitolo **90.000,00**

Capitolo

Esercizio	Capitolo
2015	5185

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2013	2009	290	3357	0	1	5185	1017	87700981	0

Nome: BENEFICIARI VARI

Residuo Perento

50.000,00

Totale Decreti **50.000,00**

Totale Capitolo **50.000,00**

Capitolo

Esercizio	Capitolo
2015	5262

Decreto di impegno in perenzione

Esg.Per.	Anno	Ente	Numero	Sub.Num.	Benef	Cap. Orig.	Att.Amm. Statali	Assegna.	Cap.E. Corr.
2013	2009	290	3357	0	1	5262	99109345	99108653	151

Nome: BENEFICIARI VARI

Residuo Perento

	50.000,00
Totale Decreti	**50.000,00**
Totale Capitolo	**50.000,00**
Totale Atto	**575.471,78 >>**

2. Le variazioni disposte determinano, ai sensi dell'art. 28 comma 10, L.R. 21/2007, anche le conseguenti variazioni al programma operativo regionale.

Il presente decreto verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1691_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1691

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1388 s/1388 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21;
PREMESSO che l'Amministrazione regionale deve provvedere al pagamento di somme che siano state erroneamente versate su coordinate bancarie errate;
RITENUTO di adeguare lo stanziamento iscritto nelle unità di bilancio 12.2.4.3480 dello stato di previsione della spesa con riferimento al capitolo 1388 e 6.3.261 dello stato di previsione dell'entrata con riferimento al capitolo 1388 del bilancio per gli anni 2015-2017 e per l'anno 2015;
RILEVATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 esistono sia le unità di bilancio che i capitoli;
RAVVISATA la necessità di aumentare di euro 4.584,91 lo stanziamento dell'unità di bilancio 6.3.261 dello stato di previsione dell'entrata con riferimento al capitolo 1388 dello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 e conseguentemente di aumentare dello stesso importo lo stanziamento dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 dello stato di previsione della spesa con riferimento al capitolo 1388 dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015.
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale n. 21/2007, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG)
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Nello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 sono apportate le variazioni alle unità di bilancio e ai capitoli di seguito indicate:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
6.3.261	1388	4.584,91	-	-

2. Nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 sono apportate le variazioni alle unità di bilancio e ai capitoli di seguito indicate:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
12.2.4.3480	1388	4.584,91	-	-

3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1388

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 840 - servizio n. 568 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1388

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1692_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1692

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1388 s/1388 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n. 21;
PREMESSO che l'Amministrazione regionale deve provvedere al pagamento di somme che siano state erroneamente versate su coordinate bancarie errate;
RITENUTO di adeguare lo stanziamento iscritto nelle unità di bilancio 12.2.4.3480 dello stato di previsione della spesa con riferimento al capitolo 1388 e 6.3.261 dello stato di previsione dell'entrata con riferimento al capitolo 1388 del bilancio per gli anni 2015-2017 e per l'anno 2015;
RILEVATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 esistono sia le unità di bilancio che i capitoli;
RAVVISATA la necessità di aumentare di euro 1.052,70 lo stanziamento dell'unità di bilancio 6.3.261 dello stato di previsione dell'entrata con riferimento al capitolo 1388 dello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 e conseguentemente di aumentare dello stesso importo lo stanziamento dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 dello stato di previsione della spesa con riferimento al capitolo 1388 dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015.
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale n. 21/2007, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG)
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Nello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 sono apportate le variazioni alle unità di bilancio e ai capitoli di seguito indicate:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
6.3.261	1388	1.052,70	-	-

2. Nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 sono apportate le variazioni alle unità di bilancio e ai capitoli di seguito indicate:

UBI	CAP.	2015	2016	2017
12.2.4.3480	1388	1.052,70	-	-

3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1388

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 840 - servizio n. 568 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1388

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1693_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1693

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1852 e s/1852 di nuova istituzione nella Direzione centrale ambiente ed energia per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa dell'errata indicazione delle coordinante bancarie di vari beneficiari privati, il pagamento complessivo di euro 206,75 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 ma non esistono gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 206,75 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1852 di nuova istituzione nel medesimo stato di previsione con la denominazione <<Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errori nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario>>;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 206,75 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1852 di nuova istituzione nel medesimo stato di previsione con la denominazione <<Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale>>.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261

- capitolo 1852

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 830 - servizio n. 590 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1852

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1694_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1694

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1872 e s/1872 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa dell'errata indicazione delle coordinante bancarie della TKKC SrL di Villorba e del signor Monsutti Franco, il pagamento di complessivi euro 3.880,58 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 3.880,58 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1872 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 3.880,58 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1872 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:

a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1872

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 850 - servizio n. 600 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1872

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1695_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1695

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1846 e s/1846 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa di problemi nell'indicazione delle coordinante bancarie della signora Visintin Federica e del signor Miatello Roberto per il pagamento di complessivi euro 1.292,95 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 1.292,95 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1846 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 1.292,95 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1846 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:

a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1846

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di indicazione non corretta delle coordinate bancarie dovuta a decesso del beneficiario

b) alla rubrica n. 700 - servizio n. 499 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1846

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1696_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1696

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1893 e s/1893 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa di errata indicazione delle coordinate bancarie del signor Radanich Fabio, il pagamento di euro 285,60 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 285,60 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1893 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 285,60 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1893 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261

- capitolo 1893

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 860 - servizio n. 545 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1893

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1697_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1697

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett.b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1846 e s/1846 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa di problemi nell'indicazione delle coordinante bancarie della signora Visintin Federica per il pagamento di euro 1.517,20 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono sia le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 che gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 1.517,20 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1846 del medesimo stato di previsione;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 1.517,20 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1846 del medesimo stato di previsione.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:

a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261

- capitolo 1846

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di indicazione non corretta delle coordinate bancarie dovuta a decesso del beneficiario

b) alla rubrica n. 700 - servizio n. 499 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1846

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DAS_FIN PATR_1698_1_TESTO

Decreto dell'Assessore regionale alle finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie 31 agosto 2015, n. 1698

LR 21/2007, art. 33, c. 1, lett. b) - Impinguamento capitoli di partita di giro e/1852 e s/1852 per procedere al pagamento di somme che siano state versate su coordinate bancarie errate.

L'ASSESSORE

VISTO che a causa dell'errata indicazione delle coordinante bancarie del signor De Vitt Cristiano, il pagamento complessivo di euro 180,99 disposto dalla Regione non è andato a buon fine;
CONSIDERATO in particolare che il pagamento non è stato direttamente respinto dalla banca ricevente ma è stato incassato e poi riversato con bonifico sul conto della Regione;
VISTO che nell'eventualità di casi simili i fondi respinti dalla banca ricevente vengono riversati sul conto dei depositi provvisori della Tesoreria regionale, da cui vengono poi svincolati immettendo le nuove modalità di pagamento al beneficiario;
RITENUTO necessario conservare evidenza contabile della riscossione e del versamento mediante l'istituzione di una partita di giro contabile;
VISTO l'articolo 33, comma 1, lettera b) della legge regionale 8 agosto 2007, n.21;
CONSIDERATO che negli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015 esistono le appropriate unità di bilancio 6.3.261 e 12.2.4.3480 ma non esistono gli appropriati capitoli di entrata e spesa;
CONSIDERATO che ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della citata legge regionale n. 21/2007, le variazioni di bilancio disposte con decreto dell'Assessore alle Finanze, patrimonio e programmazione di cui al citato articolo 33, comma 1, lettera b), della medesima legge regionale, determinano anche le conseguenti variazioni al Programma Operativo di Gestione (POG);
VISTA la legge regionale 30 dicembre 2014, n. 28;
VISTA la deliberazione di Giunta regionale (DGR) della seduta del 30 dicembre 2014 n. 2658 che ha approvato il Programma Operativo di Gestione per l'anno 2015 e le successive variazioni;

DECRETA

1. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 180,99 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 6.3.261 e del capitolo 1852 di nuova istituzione nel medesimo stato di previsione con la denominazione <<Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errori nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario>>;
2. Per le finalità di cui in premessa, nello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2015-2017 e del bilancio per l'anno 2015, è iscritto lo stanziamento di euro 180,99 per l'anno 2015 a carico dell'unità di bilancio 12.2.4.3480 e del capitolo 1852 di nuova istituzione nel medesimo stato di previsione con la denominazione <<Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente

riscossi in Tesoreria Regionale>>.
3. Nel programma Operativo di Gestione vengono apportati i seguenti aggiornamenti:
a) alla rubrica n. 800 - servizio n. 494 - unità di bilancio dell'entrata 6.3.261
- capitolo 1852

destinazione	Acquisizione di fondi riversati al Tesoriere a seguito di errore nell'indicazione delle coordinate bancarie del beneficiario

b) alla rubrica n. 830 - servizio n. 590 - unità di bilancio della spesa 12.2.4.3480
- capitolo 1852

Spesa d'ordine	NO
Spesa obbligatoria	NO
prenotazione risorse	NON RILEVANTE
destinazione di spesa	Versamento agli aventi diritto di fondi a questi spettanti ed erroneamente riscossi in Tesoreria Regionale

Il presente decreto verrà pubblicato sul bollettino Ufficiale della Regione.

PERONI

15_36_1_DDC_ATT PROD_2780_1_TESTO

Decreto del Direttore centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali 27 agosto 2015, n. 2780/PRODRAF/SACI

POR FESR 2007- 2013 - Obiettivo "Competitività regionale e occupazione" - Attività 5.1.a) "Sostenibilità energetica" - 1° Bando avente a oggetto "Incentivi per iniziative rivolte a sostenere l'efficienza energetica e l'utilizzo delle fonti rinnovabili da parte delle imprese del Friuli Venezia Giulia", approvato con DGR n. 1157, dd. 16 giugno 2010 e 2° Bando recante "Incentivi per iniziative rivolte a sostenere l'efficienza energetica e l'utilizzo delle fonti rinnovabili da parte delle imprese turistiche del Friuli Venezia Giulia" - Disimpegno delle risorse relative al 1° e al 2° bando dalle CCIAA regionali.

IL DIRETTORE CENTRALE

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1157 del 16 giugno 2010 avente ad oggetto l'approvazione del bando POR FESR 2007-2013 "Obiettivo competitività ed occupazione" - Attività 5.1.a) per iniziative rivolte a sostenere l'efficienza energetica e l'utilizzo delle fonti rinnovabili da parte delle imprese del Friuli Venezia Giulia, di seguito solo "bando 1", e dei relativi allegati (pubblicati sul BUR n. 26 dd. 30 giugno 2010, successivamente rettificati con decreto del Direttore centrale attività produttive (di seguito, Direttore centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali) n. 1460/PROD/SAGACI dd. 2 agosto 2010, pubblicato sul BUR n. 32 dd. 11 agosto 2010), la quale assegna al "bando 1" euro 8.000.000,00;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 753/PROD/SAGACI, dd. 3 giugno 2011 (pubblicato sul BUR n. 24 dd. 15 giugno 2011) con il quale sono stati approvati la graduatoria unica regionale delle iniziative ammissibili a contributo e l'elenco delle iniziative non ammesse a contributo e contestualmente impegnati sul Fondo speciale POR FESR 2007-2013 complessivi euro 8.000.000,00;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 1108/PROD/SAGACI del 13 luglio 2011 (pubblicato sul BUR n. 30 dd. 27 luglio 2011), con il quale è stata approvata, sub Allegato 1, la graduatoria regionale unica, a rettifica della graduatoria approvata sub Allegato 1 al dianzi citato decreto n. 753/2011 ed è stato confermato l'impegno sul Fondo di complessivi euro 8.000.000,00 a valere sul "bando 1";

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 2114 del 10 novembre 2011 (pubblicata sul B.U.R n. 48 dd. 30 novembre 2011), con la quale sono state assegnate al "bando 1" ulteriori risorse pari ad euro 2.000.000,00 al fine dello scorrimento della graduatoria;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 2151/PROD/SAGACI del 30 novembre 2011 (pubblicato sul BUR n. 50 dd. 14 dicembre 2011), con il quale si è provveduto:
- all'approvazione della modifica della graduatoria regionale unica approvata sub Allegato 1 al decreto n. 1108/2011, aggiornata negli importi dei contributi concedibili ed impegnabili sul Fondo speciale POR FESR;
- a prendere atto della modifica della dotazione finanziaria del "bando 1", per un totale di risorse assegnate allo stesso pari ad euro 10.000.000,00 (di cui euro 2.450.000,00 quota FESR, euro 5.250.000,00 quota statale ed euro 2.300.000,00 quota regionale);
- al disimpegno dal Fondo speciale POR FESR di complessivi euro 786.824,00 e, contestualmente, all'impegno di euro 207.568,33;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 2320/PROD/SAGACI del 23 dicembre 2011 (pubblicato sul BUR n. 4 del 25 gennaio 2012), con cui sono stati impegnati complessivi euro 2.579.255,67 a favore delle Camere di commercio regionali (di cui euro 631.917,65 quota FESR, euro 1.354.109,23 quota statale ed euro 593.228,79 quota regionale), ed è stato disposto lo scorrimento della graduatoria regionale unica dalla posizione n. 130 alla posizione n. 179;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 703/PROD/SAGACI del 18 maggio 2012 (pubblicato sul BUR n. 22 del 30 maggio 2012) con il quale si è provveduto:
- all'aggiornamento della graduatoria regionale unica;
- al disimpegno delle risorse a valere sul fondo per un importo complessivo pari ad euro 315.297,42 (di cui euro 77.247,93 quota FESR, euro 165.531,14 quota statale ed euro 72.518,35 quota regionale) e, contestualmente, all'impegno di euro 290.519,95 (secondo le seguenti quote: euro 71.177,41 quota FESR, euro 152.522,98 quota statale, ed euro 66.819,56 quota regionale);
- allo scorrimento totale, fino ad esaurimento, della suddetta graduatoria dalla posizione n. 179 alla posizione n. 182;
VISTI i decreti del Direttore del Servizio Affari generali, amministrativi e per l'accesso al credito delle imprese nn. 1835/PROD/SAGACI, 1836/PROD/SAGACI, 1837/PROD/SAGACI e 1838/PROD/SAGACI, tutti di data 23 novembre 2012, con i quali si è preso atto, a titolo ricognitivo, degli atti adottati dal Direttore centrale attività produttive ai fini degli scorrimenti della graduatoria regionale unica, approvata sub Allegato 1 al dianzi citato decreto n. 753/2011 e dei relativi impegni e disimpegni a valere sul Fondo speciale POR FESR 2007 - 2013, nonché dell'ammontare delle risorse complessive in gestione agli Organismi intermedi;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 176 dell'8 febbraio 2013 (pubblicata sul BUR n. 9 del 27 febbraio 2013) che ha disposto la riduzione della dotazione finanziaria complessiva dell'attività 5.1.a) "Sostenibilità energetica" per complessivi euro 1.255.801,73 (di cui euro 924.823,05 relativi al "bando 1" ed euro 330.978,68 relativi al secondo bando approvato con DGR n. 701, dd.21.04.2011, di seguito solo "bando 2"), nel contempo autorizzando l'adozione da parte della Direzione centrale attività produttive (di seguito, Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali) di un atto riepilogativo contenente i dati finanziari relativi a ogni singola CCIAA della Regione, che disponga altresí il disimpegno del suddetto importo di euro 1.255.801,73;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 101/PROD/SAGACI del 13 febbraio 2013 (pubblicato sul BUR n. 18 del 2 maggio 2013) con il quale sono stati disimpegnati dal Fondo Speciale POR FESR complessivi euro 1.255.801,73 conseguenti a rinunce, mancate concessioni, revoche e rideterminazioni di contributo di cui euro 924.823,05 nell'ambito del "bando 1" ed euro 330.978,68 nell'ambito del "bando 2";
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 624/PROD/SAGACI del 13 maggio 2013 (pubblicato sul BUR n. 23 del 5 giugno 2013) con il quale si è provveduto:
- all'aggiornamento della graduatoria regionale unica per quanto concerne il contributo concedibile ed impegnabile all'iniziativa collocata alla posizione n. 172 a seguito dello svuotamento del plafond "de minimis" conseguente alla rinuncia da parte dell'impresa del contributo assegnato all'iniziativa collocata in posizione n. 52 della graduatoria;
- al disimpegno delle risorse a valere sul fondo per un importo complessivo pari ad euro 47.150,00 nei confronti dell'iniziativa collocata alla posizione n. 52 della graduatoria regionale unica e al contestuale impegno di euro 47.150,00 a favore dell'iniziativa collocata alla posizione n. 172 della graduatoria regionale unica;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1290 dd. 19 luglio 2013 (pubblicata sul BUR n. 32 dd. 7.agosto 2013) che ha disposto la riduzione della dotazione finanziaria dell'attività 5.1.a) "Sostenibilità energetica" per complessivi euro 945.618,77 (di cui euro 693.979,24 relativi al 1° bando ed euro 251.639,53 relativi al 2° bando), nel contempo autorizzando l'adozione da parte della Direzione centrale

attività produttive di un atto riepilogativo contenente i dati finanziari relativi a ogni singola CCIAA della Regione, che disponga altresí il disimpegno del suddetto importo di euro 945.618,77;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 1031/PROD/SAGACI del 23 luglio 2013 (pubblicato sul BUR n. 18 del 2 maggio 2013) con il quale sono stati disimpegnati dal Fondo Speciale POR FESR complessivi euro 945.618.77 conseguenti a rinunce, mancate concessioni, revoche e rideterminazioni di contributo, di cui 693.979,24 nell'ambito del "bando 1" ed euro 251.639,53 nell'ambito del "bando 2";
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive n. 2482/PRODRAF/SAGA del 7 luglio 2014 (pubblicato sul BUR n. 30 del 23 luglio 2014) con il quale si è provveduto:
- all'aggiornamento della graduatoria regionale unica per quanto concerne:
• l'importo del contributo concedibile nei confronti dell'iniziativa collocata alla posizione n. 22 (identificata dal cod. 3989) e alla posizione n. 30 (identificata dal cod. 3996);
• l'inserimento alla posizione n. 44 di una nuova iniziativa a seguito dell'annullamento dei provvedimenti di archiviazione per DURC irregolare;
• l'inserimento alla posizione n. 56 di una nuova iniziativa a seguito dell'annullamento dei provvedimenti di archiviazione per DURC irregolare;
- al disimpegno dal piano finanziario della Camera di commercio di Pordenone, con riferimento alla procedura di attivazione relativa al "bando 1", dell'importo di euro 2.171,55;
- all'impegno a favore della Camera di commercio di Udine, con riferimento alla procedura di attivazione relativa al "bando 1", dell'importo di euro 2.171,55;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1245 dd. 4 luglio 2014 (pubblicata sul BUR n. 29 dd. 16 luglio 2014) che ha disposto l'incremento della dotazione finanziaria dell'attività 5.1.a) "Sostenibilità energetica", relativamente al "bando 1", di euro 2.650.000,00 di risorse PAR, determinando una dotazione complessiva per la citata procedura di attivazione di euro 11.006.420,24;
VISTO il decreto del Direttore centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali n. 704/PRODRAF/SACI dd. 12 marzo 2015 (pubblicato sul Supplemento ordinario n. 12 dd. 30/03/2015 al BUR n. 12 dd. 25/03/2015), con il quale si è provveduto:
- all'aggiornamento della graduatoria regionale unica per quanto concerne:
• le iniziative finanziate nell'ambito della CCIAA di Pordenone e inserite alle posizioni nn. 8, 47, 49, 53, 83, 97, 100, 171, 172, 187, 194 e 214;
• le iniziative finanziate nell'ambito della CCIAA di Trieste e inserite alle posizioni nn. 54, 147 e 197;
• le iniziative finanziate nell'ambito della CCIAA di Udine e inserite alle posizioni nn. 12, 16, 21, 33, 44, 51, 59, 62, 75, 85, 95, 101, 118, 119 e 155;
- al disimpegno dal piano finanziario della Camera di commercio di Udine, con riferimento alla procedura di attivazione relativa al "bando 1", dell'importo di euro 1.929,94;
- all'impegno a favore della Camera di commercio di Pordenone, con riferimento alla procedura di attivazione relativa al "bando 1", dell'importo di euro 1.929,94;
- all'impegno di risorse PAR, sulla procedura di attivazione riferita al "bando 1", per complessivi 591.618,72 euro dei quali: euro 102.345,92 a favore della CCIAA di Udine per le iniziative collocate nella graduatoria regionale unica alle posizioni nn. 101, 118, 119 e 155; euro 327.972,80 a favore della CCIAA di Pordenone per le iniziative collocate nella graduatoria regionale unica alle posizioni nn. 49, 171, 172, 187, 194 e 214; euro 161.300,00 a favore della CCIAA di Trieste per le iniziative collocate nella graduatoria regionale unica alle posizioni nn. 54, 147 e 197;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1579 dd. 6 agosto 2015 che ha disposto la riduzione della dotazione finanziaria relativa alla procedura di attivazione del 2° bando di 414.166,35 euro (fondi POR), nonché il contemporaneo incremento della dotazione finanziaria relativa alla procedura di attivazione del 1° bando di 360.380,64 euro;
DATO ATTO inoltre che l'ammontare delle risorse POR attivate a favore della Camera di Commercio di Gorizia a valere sul 1° bando, oggetto di economie conseguenti ai disimpegni per rideterminazioni, revoche e rinunce dei contributi, ammonta a complessivi 180.012,56 euro;
RITENUTO pertanto di disimpegnare dal 2° bando, relativamente a ciascuno dei quattro Enti camerali, le risorse disattivate tramite la DGR n. 1579/2015, corrispondenti a complessivi euro 414.166,35 e cosí suddivisi: euro 77.705,40 riferiti alla CCIAA di Gorizia; euro 28.059,56 riferiti alla CCIAA di Pordenone; euro 48.385,38 riferiti alla CCIAA di Trieste e, infine, euro 260.016,01 riferiti alla CCIAA di Udine;
RITENUTO altresí di disimpegnare le summenzionate risorse, attivate a favore della Camera di Commercio di Gorizia e oggetto di economie, corrispondenti a 180.012,56 euro;
ATTESO che quanto statuito con la succitata DGR n. 1579/2015 deriva, tra l'altro, dalla necessità di poter finanziare le istanze di contributo afferenti al 1° bando, oggetto del citato decreto n. 704/2015, già archiviate come non ammissibili per la mancanza del requisito di ammissibilità richiesto dall'art. 5, comma 2, lett. g) del bando, variando in tale modo la relativa copertura finanziaria da risorse PAR a risorse POR, e di consentire alla CCIAA di Udine di concedere l'agevolazione di 102.083,33 euro all'impresa

Principe di San Daniele spa inizialmente esclusa per la stessa ragione;
ATTESO altresí che ai fini di cui al paragrafo precedente saranno destinate anche le risorse pari a 180.012,56 euro, attualmente in disponibilità dell'Ente camerale di Gorizia e oggetto di disimpegno;

DECRETA

1. di disimpegnare dal Fondo speciale POR FESR 2007-2013, con riferimento alla procedura di attivazione relativa al 2° bando, risorse POR complessive pari a euro 414.166,35 (di cui euro 132.533,22 quota FESR, euro 167.737,38 quota statale ed euro 113.895,75 quota regionale), come di seguito ripartite:
a. PATT39497: CCIAA di Udine, euro 260.016,01 (di cui euro 83.205,12 quota FESR, euro 105.306,49 quota statale ed euro 71.504,40 quota regionale);
b. PATT39519: CCIAA di Pordenone, euro 28.059,56 (di cui euro 8.979,06 quota FESR, euro 11.364,13 quota statale ed euro 7.716,37 quota regionale);
c. PATT39517: CCIAA di Trieste, euro 48.385,38 (di cui euro 15.483,32 quota FESR, euro 19.596,07 quota statale ed euro 13.305,99 quota regionale);
d. PATT39518: CCIAA di Gorizia, euro 77.705,40 (di cui euro 24.865,72 quota FESR, euro 31.470,69 quota statale ed euro 21.368,99 quota regionale);
2. di disimpegnare dal Fondo speciale POR FESR 2007-2013, con riferimento alla procedura di attivazione relativa al 1° bando, risorse POR complessive pari a 180.012,56 euro (di cui euro 57.604,01 quota FESR, euro 72.905,09 quota statale ed euro 49.503,46 quota regionale), trasferite ma non utilizzate dalla CCIAA di Gorizia;
3. di pubblicare il presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione.
Trieste, 27 agosto 2015

MILAN

15_36_1_DDC_LAV FOR_3545_1_TESTO

Decreto del Vice Direttore centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università 27 agosto 2015, n. 3545

Programma operativo Fondo sociale europeo 2014/2020. Pianificazione periodica delle operazioni (PPO) 2014 - Programma specifico 4 - Istituti tecnici superiori (ITS) 2014-2016. ITS "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento Isis Malignani di Udine. Approvazione delle operazioni "Azioni di sistema" a.s. 2015-2016.

IL VICE DIRETTORE CENTRALE

VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali, approvato con Decreto del Presidente della Regione n. 0277/Pres. del 27 agosto 2004 e successive modifiche ed integrazioni, in particolare la DGR n. 1446 del 17 luglio 2015, relativa all'istituzione dell'Area Istruzione, Alta formazione e Ricerca;
VISTA la Deliberazione 30 luglio 2009 n. 1789 con la quale la Giunta regionale, sulla base delle indicazioni contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 gennaio 2008, ha approvato la costituzione degli Istituti Tecnici Superiori (I.T.S.) nella Regione Friuli Venezia Giulia;
RICHIAMATO il decreto del Direttore del Servizio Istruzione, diritto allo studio, alta formazione e ricerca n. 4720/LAVFOR/IST/2014 del 28 luglio 2014, di approvazione delle "Direttive per la presentazione di operazioni da parte degli Istituti Tecnici Superiori nel biennio 2014-2016", che disciplinano l'attivazione di percorsi formativi relativi al biennio 2014/2016 e le azioni di sistema agli stessi collegate, da parte dei tre I.T.S. identificati dalla Regione;
RICHIAMATO il decreto del Direttore del Servizio Istruzione, diritto allo studio, alta formazione e ricerca n. 8514/LAVFOR/IST/2014 del 26 novembre 2014, di approvazione dei progetti di Istruzione tecnica superiore per il biennio 2014-2016 e di prenotazione della relativa spesa, di cui Euro 382.308,70 a favore dell'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine;
RICHIAMATO il proprio decreto n. 8590/LAVFOR/IST/2014 del 27 novembre 2014, di impegno della spesa di Euro 382.308,70 sul Capitolo 6959 del bilancio regionale, a favore dell'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine, per lo svolgimento di due

percorsi di Istruzione tecnica superiore e delle relative azioni di sistema, nell'arco del biennio 2014-2016;
VISTI i 12 progetti relativi alle Azioni di sistema relative all'anno scolastico 2015-2016 (seconda annualità del biennio), riportate nell'Allegato A parte integrante del presente decreto, presentate dall'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine in data 26/07/2015;
VISTO il Decreto del Direttore Centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili e ricerca n. 7168/LAVFOR/2014 del 13 ottobre 2014, di nomina di una Commissione interna alla Direzione, incaricata di valutare, secondo i criteri di ammissibilità, i progetti presentati dalle tre Fondazioni I.T.S, secondo le previsioni delle Direttive di cui al Decreto n. 4720/LAVFOR/IST/2014, per la realizzazione in Friuli Venezia Giulia dei progetti di Istruzione Tecnica Superiore - e delle relative azioni di sistema - per il biennio 2014-2016;
VISTO il verbale dei lavori della Commissione citata, svoltisi nella giornata del 22 luglio 2015;
EVIDENZIATO che l'esito dei lavori della Commissione individua come approvabili ed ammissibili a finanziamento tutte le 12 operazioni presentate dall'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine, come riportato nell'Allegato A, parte integrante del presente decreto;
PRECISATO che le Direttive approvate con Decreto n. 4720/LAVFOR/IST/2014 citato dispongono che le Azioni di sistema non formative (tipologia B1) siano valutate dagli uffici regionali competenti e che siano finanziate con fondi ministeriali e fondi propri delle Fondazioni;
RITENUTO pertanto di approvare le operazioni relative alle azioni di sistema, presentate dall'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine, riferite all'anno scolastico 2015-2016 (seconda annualità del biennio), come riportato nell'Allegato A, parte integrante del presente decreto, e, tra queste, di ammettere a finanziamento a valere sul FSE le Azioni di sistema formative (tipologia B.2);
RICHIAMATO il Programma operativo di gestione (POG) 2015, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 2658 del 30 dicembre 2014 e successive modificazioni ed integrazioni;

DECRETA

1. Per le motivazioni indicate in premessa, sono approvate le 12 operazioni "Azioni di sistema" presentate dall'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine in data 26/07/2015, riferite all'anno scolastico 2015-2016 (seconda annualità del biennio) e riportate nell'elenco allegato A, parte integrante del presente decreto.
2. Tra le operazioni approvate citate al punto 1, le Azioni di Sistema Formative (tipologia B.2) sono finanziate, per la quota a valere sul FSE, con i fondi prenotati sul Capitolo 6959 del bilancio regionale con decreto del Direttore del Servizio Istruzione, diritto allo studio, alta formazione e ricerca n. 8514/LAVFOR/IST/2014 del 26 novembre 2014 ed impegnati con decreto del Direttore del Servizio Istruzione, diritto allo studio, alta formazione e ricerca n. 8590/LAVFOR/IST/2014 del 27 novembre 2014.
3. Per la realizzazione delle operazioni, l'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy", con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine, è tenuto a seguire le "Direttive per la presentazione di operazioni da parte degli Istituti Tecnici Superiori nel biennio 2014-2016", approvate con decreto del Direttore del Servizio Istruzione, diritto allo studio, alta formazione e ricerca n. 4720/LAVFOR/IST/2014 del 28 luglio 2014.
4. Il presente decreto, con il suo allegato, viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.
Trieste, 27 agosto 2015

SEGATTI

15_36_1_DDC_LAV FOR_3545_2_ALLEGATO

ALLEGATO A

Operazioni presentate dall'I.T.S. "Nuove tecnologie per il Made in Italy" con Istituzione di riferimento l'ISIS Malignani di Udine e approvate

CODICE PROGETTO	OPERATORE	CANALE FINANZIAMENTO	TITOLO PROGETTO	DATA PRESENTAZIONE	COSTO TOTALE	ESITO VALUTAZIONE
OR1535678001	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Accompagnamento	Accompagnamento al lavoro A	26/07/2015	6.250,00	AMMESSO
OR1535678002	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Accompagnamento	Accompagnamento al lavoro B	26/07/2015	6.250,00	AMMESSO
OR1535678003	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Orientamento	Seminario tecnologie innovative per l'ind. Meccanica 1A	26/07/2015	2.500,00	AMMESSO
OR1535678004	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Orientamento	Seminario tecnologie innovative per l'ind. Meccanica 2A	26/07/2015	2.500,00	AMMESSO
OR1535678005	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Orientamento	Seminario tecnologie innovative per l'ind. Meccanica 1B	26/07/2015	2.500,00	AMMESSO
OR1535678006	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Orientamento	Seminario tecnologie innovative per l'ind. Meccanica 2B	26/07/2015	2.500,00	AMMESSO
OR1535678007	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Studi e ricerche	An. Fabbisogni A - Advanced manifacturing nel FVG - Impatto su professioni e competenze	26/07/2015	6.351,00	AMMESSO
OR1535678008	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema non formative Az. B1 Studi e ricerche	An. Fabbisogni B - I bisogni della filiera della produzione di macchine agricole - II anno	26/07/2015	6.351,00	AMMESSO
OR1535678009	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema a carattere formativo az. B2 2014-2016	CAD - Indirizzo meccatronico - Ed. A	26/07/2015	2.628,00	AMMESSO
OR1535678010	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema a carattere formativo az. B2 2014-2016	CAD - Indirizzo meccatronico - Ed. B	26/07/2015	2.628,00	AMMESSO
OR1535678011	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema a carattere formativo az. B2 2014-2016	Inglese tecnico - Indirizzo meccatronico - Ed. A	26/07/2015	5.256,00	AMMESSO
OR1535678012	ITS Nuove tecnologie per il Made in Italy	FSE 2014/2020 percorsi ITS - azioni di sistema a carattere formativo az. B2 2014-2016	Inglese tecnico - Indirizzo meccatronico - Ed. B	26/07/2015	5.256,00	AMMESSO
					50.970,00	

15_36_1_DDS_COMP SIST AGROAL_2799_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio competitività sistema agro alimentare 31 agosto 2015, n. 2799
Elenco dei "Tecnici degustatori" e elenco degli "Esperti degustatori" dei vini DOC e DOCG ricadenti sul territorio regionale. Integrazioni e modifiche.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il decreto 11 novembre 2011 del Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali;
RICHIAMATO il decreto del Direttore sostituto del Servizio produzioni agricole n. 1019 del 7 maggio 2012 con cui sono stati istituiti l'elenco dei "tecnici degustatori" e l'elenco degli " esperti degustatori" dei vini DOCG e DOC ricadenti sul territorio della regione, da ultimo integrati con decreti n. 2615 e 2616 del 4 agosto 2015;
VISTE le domande del 31 luglio 2015, prot. n. 58958, e del 5 agosto 2015, prot. n. 60483, con cui rispettivamente il Sig. Daniele Calzavara e il Sig. Rodolfo Rizzi hanno richiesto un'integrazione dell'iscrizione nell'elenco dei "tecnici degustatori" dei vini DOCG e DOC ricadenti sul territorio della regione, relativamente alla DOC Prosecco ;
PRESO ATTO delle dichiarazioni rese dai signori Daniele Calzavara e Rodolfo Rizzi in ordine al possesso dei requisiti richiesti dalla normativa vigente e la documentazione allegata relativamente all'esperienza professionale di degustatore già maturata per i vini DOC della Regione;
CONSIDERATO, inoltre, che si rende necessario rettificare alcuni dati dell'elenco dei "tecnici degustatori" e dell'elenco degli "esperti degustatori" in quanto riportati in maniera errata nei decreti n. 2615 e 2616 del 4 agosto 2015;
VISTO il decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 277, relativo all'approvazione del regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale ed Enti regionali, e successive modifiche ed integrazioni, e la deliberazione della Giunta regionale 17 ottobre 2014, n. 1935;
RICHIAMATA la legge regionale 20 marzo 2000, n. 7 e successive modifiche ed integrazioni;

DECRETA

1. L'elenco dei "tecnici degustatori" e l'elenco degli "esperti degustatori" dei vini DOCG e DOC ricadenti sul territorio della regione, istituiti con decreto del Direttore sostituto del Servizio produzioni agricole n. 1019 del 7 maggio 2012, risultano integrati e aggiornati come riportato negli allegati 1 e 2 al presente decreto.
2. Il presente decreto è comunicato alle strutture di controllo per le DOCG e le DOC ricadenti sul territorio della regione.
3. Il presente decreto è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione.

DI MARTINO

15_36_1_DDS_COMP SIST AGROAL_2799_2_ALL1

ALLEGATO 1

ELENCO DEI TECNICI DEGUSTATORI VINI DOC E DOCG REGIONE FVG

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	ESPERIENZA DICHIARATA – DENOMINAZIONI DI ORIGINE										
1	ANTIGA LUIGI	CONEGLIANO (TV)	11/11/1950	SAN PIETRO DI FELETTO (TV)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO				
2	ANZELIN GIANLUCA	CORMONS (GO)	24/09/1970	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
3	BERTOLI LUIGI	LATISANA (UD)	16/11/1977	LATISANA (UD)	DOCG PICOLIT	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE		DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
4	BERTOSSI GIORGIO	BAGNARIA ARSA (UD)	11/04/1965	BAGNARIA ARSA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
5	BIANCHINI GIANFRANCO	PRECENICCO (UD)	26/01/1954	CAMINO AL TAGLIAMENTO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO				DOC FRIULI ANNIA
6	BIDASIO DEGLI IMBERTI ALBANO	CONEGLIANO (TV)	08/05/1941	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
7	BIDOLI ARRIGO	SAN DANIELE DEL FRIULI (UD)	03/07/1957	RIVE D'ARCANO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
8	BIGOT GIOVANNI	CORMONS (GO)	14/11/1972	CAPRIVA DEL FRIULI (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
9	BOLE ANDREJ	TRIESTE (TS)	01/09/1967	TRIESTE (TS)									DOC CARSO		
10	BRACCO MANUEL	CORMONS (GO)	27/06/1978	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
11	BRAIT ANTONIO	SACILE (PN)	29/07/1964	SACILE (PN)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE			
12	BRESCACIN EZIO	SACILE (PN)	14/01/1961	SACILE (PN)			DOC FRIULI GRAVE								
13	BRESSAN MAURO	GORIZIA (GO)	28/01/1968	GORIZIA (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
14	BRISOTTO ANTONIO	SACILE (PN)	30/05/1973	PRATA DI PORDENONE (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
15	BURELLO SILVANO	GRADISCA D'ISONZO (GO)	22/08/1955	GRADISCA D'ISONZO (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
16	CALZAVARA DANIELE	CARBONERA (TV)	11/01/1958	PALMANOVA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO				DOC FRIULI ANNIA
17	CAMPANER FRANCESCO	ODERZO (TV)	22/03/1962	PONTE DI PIAVE (TV)		DOC FRIULI GRAVE									
18	CAMPO DALL'ORTO GIOVANNI	CONEGLIANO (TV)	14/01/1949	UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE		DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
19	CAPPELLARI ALESSANDRA	GORIZIA (GO)	02/01/1980	CASTIONS DI STRADA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
20	CARBONERA GRAZIANO	SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)	08/12/1942	CERVIGNANO DEL FRIULI (UD)		DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
21	CECCUTTO GRAZIANO	CHIARANO (TV)	02/11/1952	SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO (VE)		DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE			DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	DENOMINAZIONI DI ORIGINE										
22	CERNIZ FRANCO	TRIESTE (TS)	16/01/1963	TRIESTE (TS)									DOC CARSO		
23	CESCON VITTORIO	VAZZOLA (TV)	10/04/1940	SACILE (PN)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE			
24	COLUGNATI GIOVANNI	GORIZIA (GO)	12/12/1958	REANA DEL ROJALE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
25	COLUSSI FLAVIO	CASARSA DELLA DELIZIA (PN)	17/05/1952	PORDENONE (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO		DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
26	COLUSSI GIUSEPPE	CASARSA DELLA DELIZIA (PN)	01/05/1954	CASARSA DELLA DELIZIA (PN)	DOCG RAMANDOLO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO			DOC COLLIO	
27	COMELLI LORENZO	UDINE (UD)	19/08/1975	NIMIS (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
28	CORSO PAOLO	PALMANOVA (UD)	04/06/1969	SAGRADO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
29	COSER FABIO	SAN MARTINO DI VENEZZE (RO)	25/01/1955	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
30	COZZAROLO EUGENIO	UDINE (UD)	03/03/1963	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
31	CRAIGHERO GIOVANNI	UDINE (UD)	12/10/1957	FAGAGNA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
32	CRESTANI PIERGIUSEPPE	CONEGLIANO (TV)	07/10/1965	MANSUE' (TV)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
33	DAL ZOVO ALESSANDRO	GORIZIA (GO)	22/11/1969	CORMONS (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
34	DEL MASCHIO DAVIDE	AVIANO (PN)	20/08/1980	ROVEREDO IN PIANO (PN)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO				
35	DEL PICCOLO MARCO	MUZZANA DEL TURGNANO (UD)	08/10/1961	MUZZANA DEL TURGNANO (UD)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
36	DEL PUP LUIGI	CORDENONS (PN)	04/02/1955	CORDENONS (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO		DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
37	DE ZAN GIOVANNI	PORDENONE (PN)	10/01/1949	SAGRADO (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
38	DONADA MAURIZIO	TOLMEZZO (UD)	21/02/1965	PALMANOVA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
39	ERMACORA DARIO	PREMARIACCO (UD)	25/11/1958	PREMARIACCO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
40	FABBRO ALBERTO	MAGNANO IN RIVIERA (UD)	12/07/1932	CASSACCO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA						DOC FRIULI ANNIA
41	FABBRO CLAUDIO	SAGRADO (GO)	16/07/1947	GORIZIA (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	DENOMINAZIONI DI ORIGINE										
42	FERLAT RENATO	CORMONS (GO)	08/12/1948	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
43	FIGELJ MARTIN	GORIZIA (GO)	08/01/1982	GORIZIA (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
44	FIGELJ ROBERT	GORIZIA (GO)	15/03/1985	GORIZIA (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
45	FORTUNATO BRUNO	GORIZIA (GO)	07/08/1936	GORIZIA (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
46	FRANCO LUIGI	PIEVE DI SOLIGO (TV)	06/05/1961	PORTOGRUARO (VE)			DOC FRIULI GRAVE					DOC LISON-PRAMAGGIORE			
47	FRATEPIETRO ROBERTO	GORIZIA (GO)	21/07/1970	GORIZIA (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
48	FURLAN ENRICO	GORIZIA (GO)	30/12/1961	GRADISCA D'ISONZO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
49	GIGANTE ARIEDO	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	09/06/1975	CORNO DI ROSAZZO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
50	GIURIATO VALENTINO	GORIZIA (GO)	30/12/1971	CORMONS (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO				DOC FRIULI ANNIA
51	GRASSI CESARIO	CONEGLIANO (TV)	18/05/1932	GORIZIA (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
52	GREGORAT GIORGIO	UDINE (UD)	08/04/1969	GRADISCA D'ISONZO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO				DOC FRIULI ANNIA
53	GREGORI MARIO	TRIESTE (TS)	11/09/1939	TRIESTE (TS)									DOC CARSO	DOC COLLIO	
54	GROSSUTTI DANIELE	CODROIPO (UD)	23/12/1969	BERTIOLO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
55	HUMAR LORETA	GORIZIA (GO)	29/07/1959	GORIZIA (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
56	KEBER RENATO	CORMONS (GO)	28/03/1964	CORMONS (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
57	KOMJANC ROBERTO	GORIZIA (GO)	16/10/1967	SAN FLORIANO DEL COLLIO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
58	KURTIN ALESSIO	GORIZIA (GO)	06/09/1984	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
59	LEON MICHELE	SPILIMBERGO (PN)	04/10/1984	SAN GIORGIO DELLA RICHINVELDA (PN)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO				
60	LORENZON DAVIDE	GORIZIA (GO)	14/08/1972	SAN CANZIAN D'ISONZO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
61	LUISA MICHELE	UDINE (UD)	18/10/1965	MARIANO DEL FRIULI (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
62	MAJERO PITTINI AUGUSTO	UDINE (UD)	29/10/1965	ARZENE (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO		DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	DENOMINAZIONI DI ORIGINE										
63	**MALISON MARCO**	UDINE (UD)	09/12/1967	UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
64	**MARCOLINI LUCA**	MONTECCHIO MAGGIORE (VI)	25/11/1973	GRADO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
65	**MARCOLINI ROBERTO**	GORIZIA (GO)	22/04/1967	SAN CANZIAN D'ISONZO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
66	**MARESIO GIUSEPPE**	CONEGLIANO (TV)	02/07/1944	GAIARINE (TV)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO				
67	**MASAROTTI GIULIANO**	UDINE (UD)	18/07/1965	PRADAMANO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA						DOC FRIULI ANNIA
68	**MENEGHIN MAURO**	VITTORIO VENETO (TV)	06/05/1961	FREGONA (TV)			DOC FRIULI GRAVE								
69	**MENOTTI STEFANO**	UDINE (UD)	11/05/1964	UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
70	**MICHELUTTI GABRIELE**	UDINE (UD)	13/03/1975	MAGNANO IN RIVIERA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO				DOC FRIULI ANNIA
71	**MOLARO IVAN**	CODROIPO (UD)	21/08/1971	CODROIPO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
72	**MOLINARO DOMENICO**	SPILIMBERGO (PN)	01/08/1974	SPILIMBERGO (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
73	**MOREALE ALVANO**	CODROIPO (UD)	08/02/1943	CASARSA DELLA DELIZIA (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO		DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
74	**MOREALE STEFANO**	UDINE (UD)	03/02/1970	TAVAGNACCO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
75	**MUCIGNAT DINO**	CORDENONS (PN)	16/05/1951	CORDENONS (PN)			DOC FRIULI GRAVE								
76	**PADOVAN MARCELLO**	GODEGA DI SANT'URBANO (TV)	06/08/1957	GODEGA DI SANT'URBANO (TV)			DOC FRIULI GRAVE					DOC LISON-PRAMAGGIORE			
77	**PALADIN CRISTIAN**	UDINE (UD)	29/09/1973	DIGNANO (UD)			DOC FRIULI GRAVE				DOC PROSECCO				
78	**PECCOL GIUSEPPE**	UDINE (UD)	16/08/1963	UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
79	**PELOS ALBERTO**	CORMONS (GO)	02/07/1977	MORARO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	FRIULI ANNIA
80	**PERES CRISTIAN**	UDINE (UD)	18/08/1973	PAVIA DI UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA						DOC FRIULI ANNIA
81	**PIANI ALESSIO**	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	15/03/1951	CORNO DI ROSAZZO (UD)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	DENOMINAZIONI DI ORIGINE										
82	PICCIN SILVIO	MARENO DI PIAVE (TV)	14/12/1952	GRADISCA D'ISONZO (GO)						DOC FRIULI ISONZO				DOC COLLIO	
83	PIGHIN LIVIO	PORDENONE (PN)	30/07/1950	CORMONS (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA		DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
84	PILUTTI GUIDO	CODROIPO (UD)	03/02/1965	LIGNANO SABBIADORO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA		DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
85	PITTARO BRUNO	VENEZUELA	03/11/1955	BERTIOLO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE			DOC FRIULI ANNIA
86	RIZZI RODOLFO	SPRESIANO (TV)	05/01/1958	CORMONS (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO		DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
87	ROSATI STEFANO	TRIESTE (TS)	05/09/1964	MONFALCONE (GO)									DOC CARSO		
88	ROSSI ANDREA	CODROIPO (UD)	22/08/1966	CERVIGNANO DEL FRIULI (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
89	ROVER GIANNI	PALMANOVA (UD)	07/10/1962	AQUILEIA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
90	SCHINELLA SERGIO	UDINE (UD)	26/05/1966	CODROIPO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
91	SCHIOPETTO GIORGIO	UDINE (UD)	22/01/1972	GRADISCA D'ISONZO (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
92	SPITALERI FRANCESCO	CONEGLIANO (TV)	01/03/1970	BUTTRIO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO		DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
93	SREDNIK LAURA	CORMONS (GO)	14/12/1968	CORMONS (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
94	STEKAR MARIO	GORIZIA (GO)	25/11/1965	SAN FLORIANO DEL COLLIO (GO)						DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
95	STRAMARE DAMIANO	VALDOBBIADENE (TV)	18/11/1948	PREMARIACCO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
96	TALOTTI MARIO	UDINE (UD)	27/12/1950	CAMPOFORMIDO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
97	TESTON ADRIANO	SAN QUIRINO (PN)	21/08/1961	FIUME VENETO (PN)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
98	TOMADONI GIOVANNI	BELLUNO (BL)	18/08/1964	CORMONS (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
99	TOMBACCO MICHELANGELO	ODERZO (TV)	27/08/1963	ODERZO (TV)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
100	TOSOLINI PAOLO	UDINE (UD)	30/07/1948	TARCENTO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
101	TRINCO STEFANO	UDINE (UD)	10/11/1961	MAJANO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO		DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	DENOMINAZIONI DI ORIGINE										
102	**TURATO GIOVANNI**	VALDAGNO (VI)	21/04/1961	ROMANS D'ISONZO		DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE					DOC LISON-PRAMAGGIORE		DOC COLLIO	
103	**VALANTIG ANDREA**	GORIZIA (GO)	27/03/1953	GORIZIA (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO;	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI		DOC FRIULI AQUILEIA		DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO			DOC COLLIO	
104	**VALDESOLO PAOLO**	CASTEGNERO (VI)	26/02/1953	PAVIA DI UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
105	**VALLE PAOLO**	UDINE (UD)	23/12/1964	MANZANO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
106	**VALMASSOI ABRAMO**	FELTRE (BL)	04/10/1959	DOMEGGE DI CADORE (BL)			DOC FRIULI GRAVE								
107	**VISENTIN FRANCESCO**	UDINE (UD)	05/01/1961	MANIAGO (PN)			DOC FRIULI GRAVE								
108	**VISINTIN FRANCESCO**	GORIZIA (GO)	17/10/1974	AQUILEIA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
109	**ZAMBIASI CLIZIA**	TRENTO (TN)	30/10/1972	SAGRADO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
110	**ZAMPARO GIUSEPPE**	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	04/03/1971	CORNO DI ROSAZZO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
111	**ZORAT CATIA**	PALMANOVA (UD)	24/10/1975	TERZO D'AQUILEIA (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
112	**ZORZET MERSIA**	GORIZIA (GO)	15/12/1976	SAN CANZIAN D'ISONZO (GO)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
113	**ZORZETTIG GERMANO**	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	28/11/1957	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO					DOC FRIULI ANNIA
114	**ZUIANI GIORGIO**	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	24/04/1968	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA						DOC FRIULI ANNIA
115	**ORLANDINO ERICA**	UDINE (UD)	06/05/1967	SAN GIOVANNI AL NATISONE (UD)		DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA		DOC FRIULI ISONZO			DOC CARSO	DOC COLLIO	
116	**VENDRAME GINO**	CONEGLIANO (TV)	03/10/1977	CODROIPO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO	DOC LISON-PRAMAGGIORE	DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
117	**DOLCE PAOLO**	UDINE (UD)	12/05/1964	UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO		DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA
118	**DEGANO FRANCESCO**	UDINE (UD)	30/08/1974	UDINE (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI									
119	**TOMAS CARPI**	SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)	26/12/1982	CODROIPO (UD)	DOCG PICOLIT; DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC FRIULI ISONZO	DOC PROSECCO		DOC CARSO	DOC COLLIO	DOC FRIULI ANNIA

15_36_1_DDS_COMP SIST AGROAL_2799_3_ALL2

ALLEGATO 2

ELENCO DEGLI ESPERTI DEGUSTATORI VINI DOC E DOCG REGIONE FVG

N. ISCRIZ.	NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	ESPERIENZA DICHIARATA - DENOMINAZIONI DI ORIGINE												
1	BABBO SERGIO	ERACLEA (VE)	24/02/1953	AVIANO (PN)						DOC FRIULI GRAVE							
2	BERTOLAMI MICHELE	MANTOVA (MN)	19/08/1967	SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO		DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
3	BOSSI ELIO	TRIESTE (TS)	30/08/1961	TRIESTE (TS)					DOC CARSO								
4	BRACCO ELISABETTA	CORMONS (GO)	20/06/1973	CORMONS (GO)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA			DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
5	CANTARUTTI ANTONELLA	UDINE (UD)	02/08/1963	SAN GIOVANNI AL NATISONE (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT			DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA				DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
6	CUCCARO TITO	TRIESTE (TS)	01/05/1940	TRIESTE (TS)					DOC CARSO								
7	DE AGUIAR ADA REGINA	RIO DE JANEIRO	07/10/1966	PRADAMANO (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT			DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA				DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
8	DERUVO FRANCESCO	ACQUAVIVA DELLE FONTI (BA)	20/11/1937	TRIESTE (TS)					DOC CARSO								
9	FRESCO ROBERTO	UDINE (UD)	18/06/1958	PASIAN DI PRATO (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA		DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
10	MIGLIORE SIMONA	VITTORIA (RG)	18/06/1975	TAVAGNACCO (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO		DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
11	MONTALTO SIMONA	ERICE (TP)	24/07/1984	FAGAGNA (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT			DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA				DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
12	MOREALE MARTINA	UDINE (UD)	30/04/1965	CIVIDALE DEL FRIULI (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT			DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA				DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
13	PASCOLO ARNO	BASILIANO (UD)	20/01/1947	PASIAN DI PRATO (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA			DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
14	PICCOTTI LORIS	BASILIANO (UD)	16/09/1950	FIUME VENETO (PN)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO	DOCG PICOLIT			DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA					DOC FRIULI ANNIA
15	RIVOLT FABIO	GORIZIA (GO)	31/12/1965	CAPRIVA DEL FRIULI (GO)					DOC CARSO						DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	
16	SAVIOLI LILIANA	RUBANO (PD)	26/10/1955	DUINO - AURISINA (TS)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA			DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
17	SMOTLAK STELIO	TRIESTE (TS)	28/09/1959	TRIESTE (TS)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
18	VARIOLO SERGIO	UDINE (UD)	16/01/1967	UDINE (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA			DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA

19	VIRGOLINI FABRIZIO	PALMANOVA (UD)	11/03/1957	PALMANOVA (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
20	PERTOLDI LORENZO	UDINE (UD)	23/04/1965	UDINE (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
21	MARKOVIC DANIELA	GORIZIA (GO)	23/09/1969	GORIZIA (GO)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT		DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA				DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	
22	TARLAO FRANCESCO	GRADO (GO)	01/08/1979	AQUILEIA (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI				DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
23	MOIMAS LUCIO	SAN CANZIAN D'ISONZO (GO)	14/10/1948	SAN CANZIAN D'ISONZO (GO)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT	DOCG LISON	DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
24	RUSSI ROBERTA	GORIZIA (GO)	06/03/1974	STARANZANO (GO)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT	DOCG LISON	DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
25	BISCARDI MICHELE	NAPOLI (NA)	13/02/1951	UDINE (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT	DOCG LISON	DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
26	LODEDO ANTONIO	PORDENONE (PN)	12/04/1971	CINTO CAOMAGGIORE (VE)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT	DOCG LISON	DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
27	CANZUTTI TIZIANA	BUTTRIO (UD)	20/12/1956	BUTTRIO (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT	DOCG LISON	DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA
28	BRIOSI DONATELLA	PESCARA (PE)	04/12/1954	UDINE (UD)	DOC FRIULI COLLI ORIENTALI	DOCG RAMANDOLO; DOCG ROSAZZO	DOCG PICOLIT	DOCG LISON	DOC CARSO	DOC FRIULI GRAVE	DOC FRIULI AQUILEIA	DOC FRIULI LATISANA	DOC PROSEC CO	DOC LISON - PRAMAGGI ORE	DOC COLLIO	DOC FRIULI ISONZO	DOC FRIULI ANNIA

15_36_1_DDS_GEOL_1219_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio geologico 22 giugno 2015, n. SGEO/1-1219-UMGCM101. (Estratto)

DLgs. 22/2010. Comune di Marano Lagunare. Concessione per la coltivazione di risorse geotermiche denominata "Scuole comunali" in Comune di Marano Lagunare (UD).

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il regio decreto 29 luglio 1927, n. 1443 (Norme di carattere legislativo per disciplinare la ricerca e la coltivazione delle miniere nel Regno);
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 9 aprile 1959, n. 128 (Norme di polizia delle miniere e delle cave);
VISTA la legge 9 gennaio 1991, n. 9 (Norme per l'attuazione del nuovo Piano energetico nazionale: aspetti istituzionali, centrali idroelettriche ed elettrodotti, idrocarburi e geotermia, autoproduzione e disposizioni fiscali);
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 27 maggio 1991, n. 395 (Approvazione del regolamento di attuazione della legge 9 dicembre 1986 n. 896, recante disciplina della ricerca e della coltivazione delle risorse geotermiche);
VISTO il decreto legislativo 23 aprile 2002, n. 110 (Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli Venezia Giulia concernenti il trasferimento di funzioni in materia di energia, miniere, risorse geotermiche e incentivi alle imprese);
VISTO il decreto legislativo 11 febbraio 2010, n. 22 (Riassetto della normativa in materia di ricerca e coltivazione delle risorse geotermiche, a norma dell'articolo 27, comma 28, della legge 23 luglio 2009, n. 99);

(omissis)

DECRETA

1. Per le motivazioni indicate in premessa, al Comune di Marano Lagunare, nella persona del Sindaco pro tempore, con sede in Piazza Rinaldo Olivotto 1, Marano Lagunare (Ud), C.F. 81001310309 - P.I. 00571730308, è rilasciato il permesso di ricerca di risorse geotermiche di interesse locale denominato "Scuole Comunali", su un'area di Kmq 0,00812, individuata dai mappali n. 502 e 1286 del Foglio 5 nel Comune di Marano Lagunare, per la durata di anni quattro a decorrere dalla data del presente decreto.

(omissis)

Trieste, 22 giugno 2015

GUBERTINI

15_36_1_DDS_GEOL_1557_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio geologico 25 agosto 2015, n. SGEO/1 -1557- UMGCM101. (Estratto)

DLgs. 22/2010. Comune di Marano Lagunare. Concessione per la coltivazione di risorse geotermiche denominata "Scuole comunali" in Comune di Marano Lagunare (UD). Rettifica.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il regio decreto 29 luglio 1927, n. 1443 (Norme di carattere legislativo per disciplinare la ricerca e la coltivazione delle miniere nel Regno);
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 9 aprile 1959, n. 128 (Norme di polizia delle miniere e delle cave);
VISTA la legge 9 gennaio 1991, n. 9 (Norme per l'attuazione del nuovo Piano energetico nazionale: aspetti istituzionali, centrali idroelettriche ed elettrodotti, idrocarburi e geotermia, autoproduzione e disposizioni fiscali);
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 27 maggio 1991, n. 395 (Approvazione del regolamento di attuazione della legge 9 dicembre 1986 n. 896, recante disciplina della ricerca e della coltivazione delle risorse geotermiche);

VISTO il decreto legislativo 23 aprile 2002, n. 110 (Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli Venezia Giulia concernenti il trasferimento di funzioni in materia di energia, miniere, risorse geotermiche e incentivi alle imprese);
VISTO il decreto legislativo 11 febbraio 2010, n. 22 (Riassetto della normativa in materia di ricerca e coltivazione delle risorse geotermiche, a norma dell'articolo 27, comma 28, della legge 23 luglio 2009, n. 99);
(omissis)

DECRETA

1. Per le motivazioni specificate in premessa l'articolo 1 del decreto SGEO/1 - 1219 - UMGCM101 di data 22 giugno 2015 avente oggetto "D.lgs. 22/2010. Comune di Marano Lagunare. Concessione per la coltivazione di risorse geotermiche denominata "Scuole comunali" in Comune di Marano Lagunare (UD)" viene sostituito come di seguito riportato:

1. Per le motivazioni indicate in premessa, al Comune di Marano Lagunare, nella persona del Sindaco pro tempore, con sede in Piazza Rinaldo Olivotto 1, Marano Lagunare (Ud), C.F. 81001310309 - P.I. 00571730308, è rilasciata la concessione per la coltivazione di risorse geotermiche di interesse locale denominata "Scuole Comunali", su un'area di Kmq 0,00812, individuata dai mappali n. 502 e 1286 del Foglio 5 nel Comune di Marano Lagunare, per la durata di anni trenta a decorrere dalla data del presente decreto.

(omissis)

Trieste, 25 agosto 2015

GUBERTINI

15_36_1_DDS_GEOL_1558_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio geologico 25 agosto 2015, n. SGEO/1 -1558- UMGCM098. (Estratto)

DLgs. 22/2010. Srl Isola Picchi. Concessione per la coltivazione di risorse geotermiche denominata "Isola Picchi 2" in Comune di Latisana (UD).

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il regio decreto 29 luglio 1927, n. 1443 (Norme di carattere legislativo per disciplinare la ricerca e la coltivazione delle miniere nel Regno);
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 9 aprile 1959, n. 128 (Norme di polizia delle miniere e delle cave);
VISTA la legge 9 gennaio 1991, n. 9 (Norme per l'attuazione del nuovo Piano energetico nazionale: aspetti istituzionali, centrali idroelettriche ed elettrodotti, idrocarburi e geotermia, autoproduzione e disposizioni fiscali);
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 27 maggio 1991, n. 395 (Approvazione del regolamento di attuazione della legge 9 dicembre 1986 n. 896, recante disciplina della ricerca e della coltivazione delle risorse geotermiche);
VISTO il decreto legislativo 23 aprile 2002, n. 110 (Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli Venezia Giulia concernenti il trasferimento di funzioni in materia di energia, miniere, risorse geotermiche e incentivi alle imprese);
VISTO il decreto legislativo 11 febbraio 2010, n. 22 (Riassetto della normativa in materia di ricerca e coltivazione delle risorse geotermiche, a norma dell'articolo 27, comma 28, della legge 23 luglio 2009, n. 99);
(omissis)

DECRETA

1. Per le motivazioni indicate in premessa, alla s.r.l. Isola Picchi, con sede in Calle dell'Annunziata n. 10, 33053 Latisana (Ud), C.F. - P.I. 02497250304, è rilasciata la concessione per la coltivazione di risorse geotermiche di interesse locale denominata "Isola Picchi 2", su un'area di Kmq 0.005980, individuata dal mappale n. 76 del Foglio 3 del Comune di Latisana, per la durata di anni trenta a decorrere dalla data del presente decreto.

(omissis)

Trieste, 25 agosto 2015

GUBERTINI

15_36_1_DDS_GEOL_1571_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio geologico 28 agosto 2015, n. SGEO/1 -1571 AMT23. (Estratto)

RD 1443/1927 - DPR 382/1994. Concessione per lo sfruttamento della fonte di acque minerali denominata "Fonte Corte Paradiso" in Comune di Pocenia (UD), rilasciata con decreto AMB. 624-Amt/23 di data 19 maggio 1993, e s.m.i. Trasferimento della Concessione mineraria dalla Paradiso Spa alla Nuova Unibread Srl.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il regio decreto 29 luglio 1927, n. 1443 (Norme di carattere legislativo per disciplinare la ricerca e la coltivazione delle miniere nel Regno);
VISTA la legge regionale 18 agosto 1971, n. 38 in materia di miniere, cave e torbiere;
VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 18 aprile 1994, n. 382 (Disciplina dei procedimenti di conferimento dei permessi di ricerca e di concessioni di coltivazione di giacimenti minerari di interesse nazionale e di interesse locale);
VISTO il decreto legislativo 23 aprile 2002, n. 110 (Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli Venezia Giulia concernenti il trasferimento di funzioni in materia di energia, miniere, risorse geotermiche e incentivi alle imprese);
VISTO il verbale di delimitazione della concessione di data 17 febbraio 1993 redatto ai sensi dell'art. 18 del r.d. 1443/1927 contenente fra l'altro le monografie dei vertici della concessione;
VISTO il decreto dell'Assessore regionale all'ambiente n. AMB. 624-Amt/23 di data 19 maggio 1993 con il quale è stata rilasciata alla ditta Tenuta S. Francesco s.r.l., con sede a Pocenia (UD), località Paradiso, per la durata di anni trenta, la concessione per lo sfruttamento della fonte di acque minerali denominata "Fonte Corte Paradiso" in Comune di Pocenia (UD);

(omissis)

DECRETA

1. Per le motivazioni indicate in premessa, ai sensi del combinato disposto dell'art. 16 del d.P.R. 382/1994 e dell'art. 27 del r.d. 1443/1927, la concessione per lo sfruttamento della fonte di acque minerali denominata "Fonte Corte Paradiso" in Comune di Pocenia (UD) località Paradiso, rilasciata con decreto dell'Assessore regionale all'ambiente n. AMB. 624-Amt/23 di data 19 maggio 1993, è trasferita alla Società Nuova Unibread S.r.l., con sede in Via Terracini 6, 33050 Barco di Bibbiano (RE) Codice Fiscale e Partita IVA: 0157793055.
La scadenza della concessione rimane fissata al 18 maggio 2023.

(omissis)

Trieste, 28 agosto 2015

GUBERTINI

15_36_1_DDS_PROG GEST_3538_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi 26 agosto 2015, n. 3538

Piano integrato di politiche per l'occupazione e per il lavoro - Pipol. Approvazione progetti formativi di tirocinio sul territorio regionale presentati nella prima quindicina di agosto 2015.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 93 del 24 gennaio 2014 concernente l'approvazione del "Piano d'azione per il sostegno all'accesso, rientro o permanenza nel mercato del lavoro", di seguito Piano, che autorizza il direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi alla emanazione di un avviso pubblico per la selezione di 4 associazioni temporanee di impresa a cui affidare la

realizzazione delle attività formative previste da FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 731 del 17 aprile 2014 che ha ricondotto ad un'unica area di intervento le azioni previste dal menzionato Piano di cui alla DGR n. 93/2014 e quelle connesse all'attuazione sul territorio regionale del Programma Operativo Nazionale Iniziativa per l'Occupazione Giovanile, approvando il Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL;
VISTE le successive delibere della Giunta regionale n. 827 dell'8 maggio 2014, n. 1396 del 24 luglio 2014, n. 1578 del 29 agosto 2014, n. 1854 del 10 ottobre 2014, n. 1958 del 24 ottobre 2014, n. 2286 del 28 novembre 2014, n. 2490 del 18 dicembre 2014, n. 450 del 13 marzo 2015, n. 797 del 30 aprile 2015 e n. 905 del 15 maggio 2015 di modifica ed integrazione alla DGR 731/2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 1096 del 13 giugno 2014 con la quale sono state approvate le misure finanziarie di accompagnamento per la partecipazione alle attività di carattere formativo PIPOL;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1396 del 24 luglio 2014 di modifica ed integrazione alle DGR 731/2014 e DGR 827/2014;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1397 del 24 luglio 2014 di modifica alla DGR 1096/2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 1451 del 1° agosto 2014 con la quale sono state approvate le misure per la gestione finanziaria dei tirocini extracurriculari anche in mobilità geografica da realizzare nell'ambito di PIPOL;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1577 del 29 agosto 2014 di modifica ed integrazione alla DGR 1451/2014;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1578 del 29 agosto 2014 di modifica ed integrazione alle DGR 731/2014, DGR 827/2014 e DGR 1396/2014;
VISTO il decreto n. 100/LAVFOR.FP del 27 gennaio 2014, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 7 del 12 febbraio 2014, con il quale è stato approvato l'Avviso pubblico per la selezione di 4 associazioni temporanee di impresa a cui affidare la realizzazione delle attività formative previste da FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità;
VISTI i successivi decreti di modifica n. 635/LAVFOR.FP del 10 febbraio 2014 e n. 974/LAVFOR.FP del 24 febbraio 2014;
PRECISATO che il succitato Avviso prevede la selezione di quattro Associazioni Temporanee di Imprese - ATI con la competenza, da parte di ogni associazione temporanea d'impresa, ad operare su un distinto ambito territoriale provinciale, a copertura dei quattro ambiti esistenti sul territorio regionale;
VISTO il decreto n. 2978/LAVFOR.FP del 28 aprile 2014 con il quale sono stati individuati i sottodescritti soggetti incaricati della realizzazione delle attività previste dall'Avviso:
per ATI 1: Trieste
Soggetto Attuatore delle Attività di carattere formativo di FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità
con capofila IRES Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Friuli Venezia Giulia Impresa Sociale
per ATI 2: Gorizia
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto Giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila Comitato regionale dell'ENFAP del Friuli Venezia Giulia
per ATI 3: Udine
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto Giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila En.A.I.P. Ente Acli Istruzione Professionale Friuli Venezia Giulia
per ATI 4: Pordenone
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila IAL Innovazione Apprendimento Lavoro Friuli Venezia Giulia s.r.l. - Impresa Sociale
VISTO il decreto n. 4793/LAVFOR.FP del 4 agosto 2014 con il quale è stato approvato il documento denominato "Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL - Direttive per la realizzazione dei tirocini extracurriculari anche in mobilità geografica sul territorio regionale";
VISTI i successivi decreti di modifica n. 8763/LAVFOR.FP e n. 8766/LAVFOR.FP del 12 dicembre 2014, n. 801/LAVFOR del 15 aprile 2015 e n. 1562/LAVFORU del 21 maggio 2015;
VISTO il decreto n. 6006/LAVFOR.FP del 2 settembre 2014 con il quale è stato approvato il documento denominato "Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL - Direttive per la realizzazione dei tirocini extracurriculari in mobilità geografica (in Italia o all'estero)";
VISTI i successivi decreti di modifica n. 6119/LAVFOR.FP del 15 settembre 2014, n. 34/LAVFOR.FP del 19 gennaio 2015, n. 387/LAVFOR.FP dell'11 marzo 2015 e n. 1253/LAVFORU del 15 maggio 2015;
PRECISATO che le Direttive prevedono che i progetti formativi di tirocinio sono rivolti alle fasce di utenza 2, 3, 4 e 5 con fonte di finanziamento PON IOG (Programma Operativo Nazionale - Iniziativa per l'Occupazione Giovanile) e PAC (Piano di Azione e Coesione);
EVIDENZIATO che i tirocini sono organizzati, a seconda della fascia di appartenenza, dalle Province, dalle Università di Trieste e di Udine, e dalle ATI selezionate per l'attuazione delle attività di carattere formativo di PIPOL;

PRECISATO che le Direttive prevedono che i progetti formativi di tirocinio relativi alle fasce 2, 3 e 4 siano presentati in via telematica mentre per quelli relativi alla fascia 5 si applica l'usuale procedura di presentazione;
VISTA la sopra menzionata delibera della Giunta regionale n. 905 del 15 maggio 2015 di modifica ed integrazione alla DGR 731/2014 con la quale sono stati fissati tra gli altri anche gli importi dei fondi necessari per la realizzazione delle attività di tirocinio per la fascia 5, come precisato nella tabella sottodescritta suddivisa per ambito territoriale:

Fascia 5	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 1.200.000,00	€ 276.000,00	€ 132.000,00	€ 504.000,00	€ 288.000,00

EVIDENZIATO che i progetti formativi di tirocinio vengono valutati sulla base del sistema di ammissibilità con l'applicazione dei criteri approvati dal Comitato di Sorveglianza del POR FSE 2007/2013 nella seduta del 13 dicembre 2007 e di cui all'articolo 11 del Regolamento emanato con DPReg 0232/Pres/2011 del 4 ottobre 2011 ed al paragrafo 9.1.2, lettera b) delle Linee guida di cui al decreto n. 1672/LAVFOR.FP/2013 del 4 aprile 2013 e successive modifiche;
RICHIAMATI i progetti formativi di tirocinio già approvati o in corso di approvazione a seguito dei quali la disponibilità finanziaria residua è la seguente:

Fascia 5	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 277.254,00	€ 58.007,00	€ 81.723,00	€ 11.257,00	€ 126.267,00

EVIDENZIATO che il Servizio programmazione e gestione interventi formativi ha provveduto alla valutazione dei progetti formativi di tirocinio in regione presentati dai soggetti promotori nella prima quindicina di agosto 2015, formalizzando le risultanze finali nella relazione istruttoria del 17/8/2015;
PRESO ATTO che dalla citata relazione istruttoria emerge che i 3 progetti formativi di tirocinio presentati sono stati valutati positivamente e sono approvabili;
CONSIDERATO che la valutazione dei progetti formativi di tirocinio presentati determina la predisposizione del seguente documento:
- elenco dei progetti formativi di tirocinio approvati (allegato 1 parte integrante);

CONSIDERATO che l'allegato 1 determina l'approvazione ed il finanziamento di 3 progetti formativi di tirocinio per complessivi euro 7.800,00 che si realizzano rispettivamente 2 nell'ambito territoriale di Trieste per euro 5.200,00, 1 nell'ambito territoriale di Pordenone per euro 2.600,00;
EVIDENZIATO che la disponibilità finanziaria residua è la seguente:

Fascia 5	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 269.454,00	€ 52.807,00	€ 81.723,00	€ 11.257,00	€ 123.667,00

Precisato che i soggetti promotori cui compete la realizzazione delle attività di cui si tratta, maturano il diritto al percepimento del finanziamento ad avvenuta realizzazione delle attività, nella misura risultante dal relativo rendiconto e dopo la verifica di questo da parte della Regione;
PRECISATO ancora che i finanziamenti assegnati sono riferiti al contributo dovuto ai soggetti promotori (euro 500,00 x n. tirocini) e all'indennità spettante ai tirocinanti;
PRECISATO che il presente decreto, comprensivo dell'allegato 1 parte integrante, viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione;
VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali approvato con decreto del Presidente della Regione n. 0277/Pres. del 27 agosto 2004, e successive modifiche ed integrazioni;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1612 del 13 settembre 2013 e successive modificazioni ed integrazioni relativa alla articolazione e declaratoria di funzioni delle strutture organizzative della Presidenza della Regione, delle Direzioni Centrali e degli Enti regionali;

DECRETA

1. In relazione alle Direttive indicate in premessa ed a seguito della valutazione dei progetti formativi di tirocinio, presentati dai soggetti promotori nella prima quindicina di agosto 2015, è approvato il seguente documento:
- elenco dei progetti formativi di tirocinio approvati (allegato 1 parte integrante);

2. L'allegato 1 determina l'approvazione ed il finanziamento di 3 progetti formativi di tirocinio per complessivi euro 7.800,00 che si realizzano rispettivamente 2 nell'ambito territoriale di Trieste per euro 5.200,00, 1 nell'ambito territoriale di Pordenone per euro 2.600,00.
3. Alla spesa si fa fronte nell'ambito del PAC.
4. Il presente decreto, comprensivo dell'allegato 1 parte integrante, viene pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione.
Trieste, 26 agosto 2015

FERFOGLIA

15_36_1_DDS_PROG GEST_3538_2_ALL1

ALLEGATO 1 - ELENCO OPERAZIONI APPROVATE

PAC-TIROCINI-FASCIA 5

PAC - TIROCINI FASCIA 5

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
ATI 1 TS - IRES FVG - PROGETTO GIOVANI E OCCUPABILITA'						
1	TIROCINIO IN ESTETISTA - V.A.	FP1545360002	2015	2.600,00	2.600,00	AMMESSO
2	TIROCINIO IN ADDETTO SERVIZI DI CONTABILITA' D.R.	FP1545360001	2015	2.600,00	2.600,00	AMMESSO
	Totale con finanziamentoATI 1 TS - IRES FVG - PROGETTO GIOVANI E OCCUPABILITA'			5.200,00	5.200,00	
	Totale ATI 1 TS - IRES FVG - PROGETTO GIOVANI E OCCUPABILITA'			5.200,00	5.200,00	
ATI 4 PN - IAL FVG - PROGETTO GIOVANI E OCCUPABILITA'						
1	TIROCINIO PER MAGAZZINIERE E ASSEMBLATORE -P.T.	FP1545394001	2015	2.600,00	2.600,00	AMMESSO
	Totale con finanziamentoATI 4 PN - IAL FVG - PROGETTO GIOVANI E OCCUPABILITA'			2.600,00	2.600,00	
	Totale ATI 4 PN - IAL FVG - PROGETTO GIOVANI E OCCUPABILITA'			2.600,00	2.600,00	
	Totale con finanziamento PAC-TIROCINI-F5			7.800,00	7.800,00	
	Totale PAC-TIROCINI-F5			7.800,00	7.800,00	
	Totale con finanziamento			7.800,00	7.800,00	
	Totale			7.800,00	7.800,00	

15_36_1_DDS_PROG GEST_3554_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi 27 agosto 2015, n. 3554

Fondo sociale europeo - Programma operativo Obiettivo 2 - Competitività regionale e occupazione - 2007/2013. “Pianificazione periodica delle operazioni - PPO - Annualità 2013”. Programma specifico n. 8 - Piano d’azione a sostegno dei processi di creazione d’impresa e di sviluppo della cultura imprenditoriale. Programma esterno parallelo del POR FESR 2007/2013 rientrante nel Piano di azione e coesione - PAC. Approvazione delle operazioni relative al progetto IMPRENDERÒ 4.0 presentate nei mesi di maggio, giugno e luglio 2015.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il decreto n. 99/LAVFOR.FP del 27 gennaio 2014, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 7 del 12 febbraio 2014, con il quale è stato approvato l’Avviso per la selezione di una associazione temporanea di imprese a cui affidare la realizzazione del progetto IMPRENDERO’ 4.0;
VISTI i successivi decreti di modifica n. 634/LAVFOR.FP del 10 febbraio 2014 e n. 975/LAVFOR.FP del 24 febbraio 2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 731 del 17 aprile 2014 con la quale è stato approvato il Piano Integrato di Politiche per l’Occupazione e per il Lavoro - PIPOL, riconducendo l’iniziativa FVG Progetto Giovani in un più ampio progetto denominato Garanzia Giovani FVG al cui interno rientra anche la parte di Imprenderò dedicata ai giovani;
VISTE le successive delibere della Giunta regionale n. 827 dell’8 maggio 2014, n. 1396 del 24 luglio 2014, n. 1578 del 29 agosto 2014, n. 1854 del 10 ottobre 2014, n. 1958 del 24 ottobre 2014, n. 2286 del 28 novembre 2014, e n. 2490 del 18 dicembre 2014 di modifica ed integrazione alla DGR 731/2014;
VISTO il decreto n. 4554/LAVFOR.FP dell’11 luglio 2014 con il quale sono state approvate le Direttive per la realizzazione delle attività previste;
EVIDENZIATO che il progetto IMPRENDERO’ 4.0 si realizza a valere sull’asse prioritario 2 - Occupabilità del Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2007/2013 Obiettivo 2 Competitività regionale e Occupazione della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, in attuazione del programma specifico n. 8 - Piano d’azione a sostegno dei processi di creazione d’impresa e di sviluppo della cultura imprenditoriale - del documento concernente “Pianificazione periodica delle operazioni - PPO - Annualità 2013, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 275 del 27 febbraio 2013, ed a valere sulla scheda 08 - Misure di politica attiva a favore di disoccupati ai fini del rientro nel mercato del lavoro e prima sperimentazione di iniziative a favore dell’occupazione giovanile - del Programma esterno parallelo del POR FESR 2007/2013 di adesione al Piano di azione e coesione - PAC;
PRECISATO che l’Avviso prevede la presentazione di proposte progettuali da parte dei soggetti che intendono candidarsi alla realizzazione delle attività previste dall’Avviso stesso;
VISTO il decreto n. 2681/LAVFOR.FP del 9 aprile 2014 con il quale è stata ammessa a finanziamento la proposta progettuale presentata da IMPRENDERO’ 4.0 - ATI FVG con capofila Consorzio Friuli Formazione;
PRECISATO che alla candidatura sono collegati i prototipi e le attività elencati nell’allegato 1 parte integrante del succitato decreto n. 2681/LAVFOR.FP/2014;
CONSIDERATO che il progetto si articola in tre linee di intervento:
a) **linea di intervento 1** - Sostegno allo sviluppo della creazione d’impresa e dell’autoimpiego
azione 40 S - seminari di promozione e divulgazione
azione 40 F - percorsi di formazione imprenditoriale ai fini dello sviluppo dell’idea imprenditoriale e della definizione del piano d’impresa
azione 40 C - accompagnamento e consulenza individuale ai fini della predisposizione del piano di impresa
b) **linea di intervento 2** - Sostegno ai processi di passaggio generazionale / trasmissione d’impresa
azione 39 S - seminari di promozione, divulgazione e sensibilizzazione
azione 39 C - accompagnamento e consulenza individuale
c) **linea di intervento 3** - Attività di coordinamento e amministrativa
azione 40 T - attività di promozione e funzionamento

PRECISATO che le risorse finanziarie disponibili per la realizzazione dell'attività sono pari ad euro 1.400.000,00, e precisamente euro 800.000,00 a valere sul programma specifico n. 8 del PPO 2013 - POR FSE ed euro 600.000,00 a valere su FVG Progetto giovani;
PRECISATO che la situazione contabile relativa è esposta nella tabella sottodescritta suddivisa per linea di intervento e per fonte di finanziamento:

		Fonte di finanziamento FSE	Fonte di finanziamento PAC	Totale FSE	Totale PAC
Linea di intervento 1	Seminari di promozione e divulgazione Percorsi di formazione imprenditoriale	azione 40 S 289.600,00 (disponibilità comune) azione 40 F	294.600,00 (disponibilità comune)	289.600,00	294.600,00
	Accompagnamento e consulenza individuale	230.400,00 azione 40 C	230.400,00	230.400,00	230.400,00
Linea di intervento 2	Seminari di promozione e divulgazione	125.000,00 azione 39 S		125.000,00	
	Accompagnamento e consulenza individuale	55.000,00 azione 39 C		55.000,00	
Linea di intervento 3	Attività di promozione e funzionamento	100.000,00 azione 40 T	75.000,00	100.000,00	75.000,00
Totale				800.000,00	600.000,00

EVIDENZIATO che gli importi di cui alla Linea di intervento 1 - Accompagnamento e consulenza individuale, alla Linea di intervento 2 - Accompagnamento e consulenza individuale, ed alla Linea di intervento 3 - Attività di promozione e funzionamento, si intendono interamente riservati alla Linea di intervento e quindi la relativa disponibilità finanziaria è pari ad euro zero;
VISTO il decreto n. 2077/LAVFORU del 4 giugno 2015 con il quale sono state approvate ed ammesse a finanziamento le edizioni dei prototipi formativi presentate da IMPRENDERO' 4.0 - ATI FVG nel mese di aprile 2015 ed a seguito del quale la disponibilità finanziaria è la seguente:

		FSE	PAC
Linea di intervento 1	Seminari di promozione e divulgazione Percorsi di formazione imprenditoriale	39.160,00	126.120,00
Linea di intervento 2	Seminari di promozione e divulgazione	81.000,00	
Totale		120.160,00	126.120,00

VISTO il decreto n. 3487/LAVFORU del 20 agosto 2015, con il quale viene prorogato il termine finale delle attività formative e della presentazione dei relativi rendiconti spese, e con il quale viene altresì disposta la rimodulazione della ripartizione finanziaria relativa alla Linea d'intervento 1;
EVIDENZIATO che la situazione contabile a seguito della rimodulazione finanziaria di cui al sopraccitato decreto n. 3487/LAVFORU/2015 è esposta nella tabella sottodescritta suddivisa per linea di intervento e per fonte di finanziamento:

		Fonte di finanziamento FSE	Fonte di finanziamento PAC	Totale FSE	Totale PAC
Linea di intervento 1	Seminari di promozione e divulgazione	azione 40 S 363.520,00 (disponibilità comune)	440.000,00 (disponibilità comune)	363.520,00	440.000,00
	Percorsi di formazione imprenditoriale	azione 40 F			
	Accompagnamento e consulenza individuale	156.480,00 azione 40 C	85.000,00	156.480,00	85.000,00
Linea di intervento 2	Seminari di promozione e divulgazione	125.000,00 azione 39 S		125.000,00	
	Accompagnamento e consulenza individuale	55.000,00 azione 39 C		55.000,00	

		Fonte di finanziamento FSE	Fonte di finanziamento PAC	Totale FSE	Totale PAC
Linea di intervento 3	Attività di promozione e funzionamento	100.000,00 azione 40 T	75.000,00	100.000,00	75.000,00
Totale				800.000,00	600.000,00

EVIDENZIATO che la disponibilità finanziaria residua, a seguito della rimodulazione finanziaria di cui al sopraccitato decreto n. 3487/LAVFORU/2015 è la seguente:

		FSE	PAC
Linea di intervento 1	Seminari di promozione e divulgazione Percorsi di formazione imprenditoriale	113.080,00	271.520,00
Linea di intervento 2	Seminari di promozione e divulgazione	81.000,00	
Totale		194.080,00	271.520,00

VISTE le edizioni dei prototipi formativi presentate da IMPRENDERO' 4.0 - ATI FVG nei mesi di maggio, giugno e luglio 2015 elencate nell'elaborato allegato;
RAVVISATA la necessità di provvedere in ordine al finanziamento delle operazioni di cui al precedente capoverso;
RITENUTO di approvare i seguenti documenti:
- elenco delle operazioni approvate ed ammesse a finanziamento (allegato 1 parte integrante)
- elenco delle operazioni non approvate (allegato 2 parte integrante);

CONSIDERATO che l'allegato 1 determina l'approvazione ed il finanziamento di 52 operazioni per un costo complessivo di euro 215.360,00 di cui 7 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 2 seminari azione 39 S FSE per un costo complessivo di euro 28.000,00, 4 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 1 corsi di formazione azione 40 F FSE per un costo complessivo di euro 23.040,00, 6 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 1 seminari azione 40 S FSE per un costo complessivo di euro 24.000,00, 1 operazione che si realizza a valere sulla linea di intervento 1 corsi di formazione PAC per un costo complessivo di euro 4.320,00, e 34 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 1 seminari PAC per un costo complessivo di euro 136.000,00;
EVIDENZIATO che la disponibilità finanziaria residua è la seguente:

		FSE	PAC
Linea di intervento 1	Seminari di promozione e divulgazione Percorsi di formazione imprenditoriale	66.040,00	131.200,00
Linea di intervento 2	Seminari di promozione e divulgazione	53.000,00	
Totale		119.040,00	131.200,00

PRECISATO inoltre che l'ATI cui compete la realizzazione delle attività di cui si tratta, matura il diritto al percepimento del finanziamento ad avvenuta realizzazione delle attività, nella misura risultante dal relativo rendiconto e dopo la verifica di questo da parte della Regione;
PRECISATO che il presente decreto, comprensivo degli allegati 1 e 2 parti integranti, viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione;
VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali approvato con decreto del Presidente della Regione n. 0277/Pres. del 27 agosto 2004, e successive modifiche ed integrazioni;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1612 del 13 settembre 2013 e successive modificazioni ed integrazioni relativa alla articolazione e declaratoria di funzioni delle strutture organizzative della Presidenza della Regione, delle Direzioni Centrali e degli Enti regionali;

DECRETA

1. In relazione alle edizioni dei prototipi formativi presentate da IMPRENDERO' 4.0 - ATI FVG nei mesi di maggio, giugno e luglio 2015, sono approvati i seguenti documenti:
- elenco delle operazioni approvate ed ammesse a finanziamento (allegato 1 parte integrante)
- elenco delle operazioni non approvate (allegato 2 parte integrante).

2. L'allegato 1 determina l'approvazione ed il finanziamento 52 operazioni per un costo complessivo di euro 215.360,00 di cui 7 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 2 seminari azione 39 S FSE per un costo complessivo di euro 28.000,00, 4 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 1 corsi di formazione azione 40 F FSE per un costo complessivo di euro 23.040,00, 6 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 1 seminari azione 40 S FSE per un costo complessivo di euro 24.000,00, 1 operazione che si realizza a valere sulla linea di intervento 1 corsi di formazione PAC

per un costo complessivo di euro 4.320,00, e 34 operazioni che si realizzano a valere sulla linea di intervento 1 seminari PAC per un costo complessivo di euro 136.000,00.
3. Il presente decreto, comprensivo degli allegati 1 e 2 parti integranti, viene pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione.
Trieste, 26 agosto 2015

FERFOGLIA

15_36_1_DDS_PROG GEST_3554_2_ALL1

ALLEGATO 1 - ELENCO DELLE OPERAZIONI APPROVATE

(Sono finanziate le operazioni con numero d'ordine in grassetto sottolineato)

22EBPF39L2S_Cloni

OB. 2 ASSE 2EB PER TIP. F, AZ. 39S - Linea 2 Seminari - Cloni

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Operatore	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
1	SEM. PROM.DIVULGAZIONE E SENS. - LINEA 2- IL PASSAGGIO GENERAZIONALE NELL'IMPRESA COMMERCIALE	FP1526495001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
2	SEM. PROM.- LINEA 2-AVVIO UNA NUOVA IMPR.O RILEVO UN'IMPR.ESISTENTE:COME STIMARE IL VALORE DI IMP.	FP1526496001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
3	SEMINARIO PROMOZIONE, DIVULGAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE - LINEA 2 L'IMPRESA FAMILIARE E LA SFIDA DEL	FP1531898001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
4	SEM. PROM. DIV. E SENSIBIL.- LINEA 2-STORYELLING E OLTRE:TECNICHE E STRATEG.PER OBIETTIVI SUL WEB	FP1535173001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
5	SEM. PROM.DIV. E SENSIBIL- LINEA 2-PASSAG.GEN.COME LEGG.GLI ANALISTI EST.LA SALUTE DELLA MIA AZIENDA	FP1535309001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
6	SEM.PROM.DIVULGAZIONE E SENS.- LINEA 2-COSA RENDE SPECIALI LE AZIENDE CHE CRESCONO E SI EVOLVONO?	FP1536139001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
7	SEM.PROM.DIV. SENS.- LINEA 2-TRASMISSIONE D'IMPRESA E PASSAGGIO GENERAZ.:LA FORZA DELLA COMUNICAZ.	FP1539134001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
			Totale con finanziamento		28.000,00	28.000,00	
			Totale		28.000,00	28.000,00	

22EBPF40L1F_Cloni

OB. 2 ASSE 2EB PER TIP. F, AZ. 40F - Linea 1 - Corsi di Formazione - Cloni

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Operatore	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
1	CREARE E GESTIRE UNA NUOVA IMPRESA - BASE	FP1526951001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	8.640,00	8.640,00	1
2	IDEARE UNA STARTUP CREATIVA	FP1527215001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	5.040,00	5.040,00	1
3	INNOVAZIONE SOCIALE: SOCIAL ENTREPRENEURSHIP E CREAZIONE DI NUOVA IMPRESA	FP1533404001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.320,00	4.320,00	1
4	IDEARE UNA STARTUP CREATIVA	FP1534722001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	5.040,00	5.040,00	1
			Totale con finanziamento		23.040,00	23.040,00	
			Totale		23.040,00	23.040,00	

22EBPF40L1S_Cloni

OB. 2 ASSE 2EB PER TIP. F, AZ. 40S - Linea 1 Seminari - Cloni

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Operatore	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
1	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 IMPRESA TURISTICA E RICCHEZZA DELLA COMUNITÀ	FP1526952001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Operatore	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
2	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 DIGITAL STRATEGY E STRUMENTI DI MARKETING DIGITALE	FP1527371001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
3	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-INNOVAZIONE E TUTELA DELLA PROPRIETA' INTELLETTUALE	FP1529943001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
4	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 COME PROMUOVERE LA PROPRIA AZIENDA	FP1531718001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
5	SEM.DI PROM.E DIV.- LINEA 1-NUOVE OPP.DI BUSINESS PER I PRODOTTI LOCALI:INTERNET OF FOODS AND THING	FP1535574001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
6	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1- INNOVARE: DALLE PERSONE AI RISULTATI	FP1538486001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
			Totale con finanziamento		24.000,00	24.000,00	
			Totale		24.000,00	24.000,00	

PAC-GIOL1F_Cloni

PAC - IMPRENDERO' - Linea 1 - Corsi di Formazione - Cloni

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Operatore	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
1	CREARE E GESTIRE UNA NUOVA IMPRESA - SPECIALISTICO	FP1530921001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.320,00	4.320,00	1
			Totale con finanziamento		4.320,00	4.320,00	
			Totale		4.320,00	4.320,00	

PAC-GIOL1S_Cloni

PAC - IMPRENDERO' - Linea 1 - Seminari - Cloni

N°	Denominazione Operazione	Codice Operazione	Operatore	Anno rif.	Costo ammesso	Contributo	
1	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-SOFT-SKILL PER L'IMPRENDITORIALITA'	FP1527840001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
2	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 CAPACITARE L'IMPRENDITORIALILTÀ GENERANDO INNOVAZIO	FP1528607001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
3	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 - L'IDEA INNOVATIVA E LA SUA TUTELA	FP1528886001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
4	SEM. DI PROM E DIVULGAZIONE - LINEA 1-FOUNDRAISING E CROWFUNDING:OPPORTUNITA' E STRUM. PER L'IMPRESA	FP1529191001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
5	SEM- DI PROM.E DIVULGAZIONE - LINEA 1-BUSINES MODEL PLAN:COME CREARE VALORE E CONTROLLO VARIABILI	FP1529475001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
6	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1-IDEA CAMPUS PRIMA(DAL BUSINESS PLAN) MISURIAMO L'IDEA	FP1529477001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
7	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1-PERFORMANCE MARKETING: IL PIANO DI MARKETING INNOVATIVO	FP1529479001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
8	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-MOBILE MARKETING PER L'IMPRESA	FP1530086001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
9	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 - FARE IMPRESA COSTRUENDO RETI	FP1530699001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
10	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1-LA DIF.DELL'IDEA INNOV. E LA PROTEZ.DELLA PROP.INTELLETTUALE	FP1530922001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
11	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-AMBIENTE COMPETITIVO E ANALISI DI MERCATO	FP1531171001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
12	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 STAMPA 3D: COME TRASFORMARE UN PROGETTO IN UN PRODO	FP1531833001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1

13	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 LO STORYTELLING: UNO STRUMENTO PROGETTUALE, UNA GRA	FP1531834001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
14	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 MARKETING, OPERATIONS E MANAGEMENT TEAM	FP1531839001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
15	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 LE AGEVOLAZIONI PRE LA CREAZIONE D'IMPRESA	FP1531843001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
16	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1-DALLA TERRA ALLA TAVOLA:UNA FILIERA RICCA DI AUTOIMPREND.	FP1532213001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
17	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1-IL FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI BUSINESS E DELLE START UP	FP1532843001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
18	SEM. DI PROM. E DIV. - LINEA 1-LE NUOVE OPP.DI IMPRESA NEL FOOD FRIULI FOOD DESIGN: I MOD EMERGENTI	FP1533054001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
19	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1- IMPREND. E GESTIONE DEL TEMPO:RENDERE PROFICUA LA GIORNATA	FP1533402001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
20	SEM. DI PROM. E DIVULGAZIONE - LINEA 1- STRATEGIE DI WEB MARKETING PER L'IMPRESA	FP1533403001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
21	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 IL NUOVO REGIME FISCALE AGEVOLATO PER ESERCENTI ATT	FP1533756001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
22	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 STARTING LEAN: LEAN START UP	FP1533777001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
23	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-STRATEGIE DI WEB MARKETING PER L'IMPRESA	FP1535572001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
24	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1- MOBILE MARKETING PER L'IMPRESA	FP1535573001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
25	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-VISUAL MANAGEMENT CON IL DESIGN THINKING	FP1536133001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
26	SEM.DI PROM.E DIVULGAZIONE - LINEA 1-VENDER ON LINE:DALL'E-COMMERCE AL POSIZIONAMENTO SUL WEB	FP1536136001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
27	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1-SVILUPPARE IMPRESA CON I MERCATI ESTERI	FP1536257001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
28	SEM.DI PROM.E DIV. - LINEA 1-COME FINANZ.LA PRORIA IDEA D'IMP.:SEM PRATICO PER ACCESSO FINANZIAMENTO	FP1537483001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
29	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 PIANIFICARE LO STARTUP D'IMPRESA	FP1538354001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
30	SEM.DI PROM.E DIV.- LINEA 1-COOPER.SOCIALE E INNOVAZ.:PERCORSI DI CRESCITA PERS. ED IMPRENDITORIALE	FP1538483001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
31	SEM.DI PROM.E DIV.-LINEA 1-COOPERAZ.SOCIALE E INNOVAZ.:PERCORSI DI CRESCITA PERS. ED IMPRENDITORIALE	FP1538484001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
32	SEM.DI PROM.E DIV.- LINEA 1-PROGETT.PUNTO VENDITA OGGI:VIAGGIO TRA ARCH.MARKET.E COMUNICAZ.TRA ARTE	FP1539059001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
33	SEM.DI PROM.E DIV.- LINEA 1-LO STORYTELLING IN AMBITO SOCIALE:NUOVE NARRAZ.A SUPP.DEI PROG.IMPREND.	FP1539133001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
34	SEM.DI PROM.E DIV.- LINEA 1-SVILUPPARE LA PROPRIA IDEA D'IMPRESAIN UN CONTESTO INTERNAZIONALE	FP1541682001	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)	2015	4.000,00	4.000,00	1
				Totale con finanziamento	136.000,00	136.000,00	
				Totale	136.000,00	136.000,00	

Totale con finanziamento	215.360,00	215.360,00
Totale	215.360,00	215.360,00

ALLEGATO 2 - ELENCO DELLE OPERAZIONI NON APPROVATE

Tipo fin.	Codice Operazione	Denominazione Operazione	Descrizione	Operatore
22EBPF40L1F_Cloni	FP1534443001	IDEARE UNA STARTUP CREATIVA	RINUNCIATO PRIMA DEL DECRETO DI APPROVAZIONE	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)

Tipo fin.	Codice Operazione	Denominazione Operazione	Descrizione	Operatore
PAC-GIOL1S_Cloni	FP1531899001	SEMINARIO DI PROMOZIONE E DIVULGAZIONE - LINEA 1 DALLA TERRA ALLA TAVOLA: UNA FILIERA RICCA DI AUTOI	RINUNCIATO PRIMA DELL'AVVIO	A.T. IMPRENDERO' 4.0 (C.F.F.)

15_36_1_DDS_PROG GEST_3573_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi 28 agosto 2015, n. 3573

Piano integrato di politiche per l'occupazione e per il lavoro - Pipol. Approvazione progetti formativi di tirocinio presentati e valutati entro il 28 agosto 2015.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 93 del 24 gennaio 2014 concernente l'approvazione del "Piano d'azione per il sostegno all'accesso, rientro o permanenza nel mercato del lavoro", di seguito Piano, che autorizza il direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi alla emanazione di un avviso pubblico per la selezione di 4 associazioni temporanee di impresa a cui affidare la realizzazione delle attività formative previste da FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 731 del 17 aprile 2014 che ha ricondotto ad un'unica area di intervento le azioni previste dal menzionato Piano di cui alla DGR n. 93/2014 e quelle connesse all'attuazione sul territorio regionale del Programma Operativo Nazionale Iniziativa per l'Occupazione Giovanile, approvando il Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL;
VISTE le successive delibere della Giunta regionale n. 827 dell'8 maggio 2014, n. 1396 del 24 luglio 2014, n. 1578 del 29 agosto 2014, n. 1854 del 10 ottobre 2014, n. 1958 del 24 ottobre 2014, n. 2286 del 28 novembre 2014, n. 2490 del 18 dicembre 2014, n. 450 del 13 marzo 2015 e n. 797 del 30 aprile 2015 di modifica ed integrazione alla DGR 731/2014, n. 905 del 15 maggio 2015 e n. 1523 del 31 luglio 2015 di modifica ed integrazione alla DGR 731/2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 1096 del 13 giugno 2014 con la quale sono state approvate le misure finanziarie di accompagnamento per la partecipazione alle attività di carattere formativo PIPOL;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1397 del 24 luglio 2014 di modifica alla DGR 1096/2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 1451 del 1° agosto 2014 con la quale sono state approvate le misure per la gestione finanziaria dei tirocini extracurriculari anche in mobilità geografica da realizzare nell'ambito di PIPOL;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1577 del 29 agosto 2014 di modifica ed integrazione alla DGR 1451/2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 450 del 13 marzo 2015 di modifica tecnico operativa alle modalità di gestione riguardanti l'organizzazione dei tirocini per destinatari di fascia 4;
VISTO il decreto n. 100/LAVFOR.FP del 27 gennaio 2014, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 7 del 12 febbraio 2014, con il quale è stato approvato l'Avviso pubblico per la selezione di 4 associazioni temporanee di impresa a cui affidare la realizzazione delle attività formative previste da FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità;
VISTI i successivi decreti di modifica n. 635/LAVFOR.FP del 10 febbraio 2014 e n. 974/LAVFOR.FP del 24 febbraio 2014;
PRECISATO che il succitato Avviso prevede la selezione di quattro Associazioni Temporanee di Imprese - ATI con la competenza, da parte di ogni associazione temporanea d'impresa, ad operare su un distinto ambito territoriale provinciale, a copertura dei quattro ambiti esistenti sul territorio regionale;
VISTO il decreto n. 2978/LAVFOR.FP del 28 aprile 2014 con il quale sono stati individuati i sottodescritti soggetti incaricati della realizzazione delle attività previste dall'Avviso:
per ATI 1: Trieste
Soggetto Attuatore delle Attività di carattere formativo di FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità
con capofila IRES Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Friuli Venezia Giulia Impresa Sociale
per ATI 2: Gorizia
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto Giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila Comitato regionale dell'ENFAP del Friuli Venezia Giulia
per ATI 3: Udine
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto Giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila En.A.I.P. Ente Acli Istruzione Professionale Friuli Venezia Giulia
per ATI 4: Pordenone
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità
con capofila IAL Innovazione Apprendimento Lavoro Friuli Venezia Giulia s.r.l. - Impresa Sociale
VISTO il decreto n. 4793/LAVFOR.FP del 4 agosto 2014 con il quale è stato approvato il documento

denominato "Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL - Direttive per la realizzazione dei tirocini extracurriculari anche in mobilità geografica sul territorio regionale";
VISTI i successivi decreti di modifica n. 8763/LAVFOR.FP e n. 8766/LAVFOR.FP del 12 dicembre 2014, n. 801/LAVFOR.FP del 15 aprile 2015 e n. 1562/LAVFORU del 21 maggio 2015;
VISTO il decreto n. 6006/LAVFOR.FP del 2 settembre 2014 con il quale è stato approvato il documento denominato "Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL - Direttive per la realizzazione dei tirocini extracurriculari in mobilità geografica (in Italia o all'estero)";
VISTI i successivi decreti di modifica n. 6119/LAVFOR.FP del 15 settembre 2014, n. 34/LAVFOR.FP del 19 gennaio 2015, n. 387/LAVFOR.FP dell'11 marzo 2015 e n. 1253/LAVFORU del 15 maggio 2015;
PRECISATO che le sopraccitate Direttive prevedono che i progetti formativi di tirocinio sono rivolti alle fasce di utenza 2, 3, 4 e 5 con fonte di finanziamento PON IOG (Programma Operativo Nazionale - Iniziativa per l'Occupazione Giovanile) e PAC (Piano di Azione e Coesione);
EVIDENZIATO che i tirocini sono organizzati, a seconda della fascia di appartenenza, dalle Province, dalle Università di Trieste e di Udine, e dalle ATI selezionate per l'attuazione delle attività di carattere formativo di PIPOL;
PRECISATO che le Direttive prevedono che i progetti formativi di tirocinio relativi alle fasce 2, 3 e 4 siano presentati in via telematica mentre per quelli relativi alla fascia 5 si applica l'usuale procedura di presentazione;
PRECISATO che, ai sensi della Legge regionale 29 maggio 2015, n. 13, dal 1° luglio 2015 le funzioni in materia di lavoro svolte dalle Province, compresa la gestione dei Centri per l'impiego, sono di competenza della Regione, che le esercita attraverso l'Agenzia regionale per il lavoro;
PRECISATO che la situazione contabile per la realizzazione dei progetti formativi di tirocinio per le fasce 2, 3 e 4 è esposta nella tabella sottodescritta suddivisa per fascia di utenza e per ambito territoriale:

Fascia 2 Fascia 3 Fascia 4	**Trieste**	**Gorizia**	**Udine**	**Pordenone**
10.325.618,00	2.779.892,00	970.818,00	4.456.760,00	2.118.148,00

EVIDENZIATO che i progetti formativi di tirocinio vengono valutati sulla base del sistema di ammissibilità con l'applicazione dei criteri approvati dal Comitato di Sorveglianza del POR FSE 2007/2013 nella seduta del 13 dicembre 2007 e di cui all'articolo 11 del Regolamento emanato con DPReg 0232/Pres/2011 del 4 ottobre 2011 ed al paragrafo 9.1.2, lettera b) delle Linee guida di cui al decreto n. 1672/LAVFOR.FP/2013 del 4 aprile 2013 e successive modifiche;
RICHIAMATO il decreto n. 3388/LAVFORU del 14 agosto 2015, con il quale sono stati approvati i progetti formativi di tirocinio presentati e valutati entro il 14 agosto 2015, e il successivo decreto di modifica n. 3413/LAVFORU del 17 agosto 2015, a seguito dei quali la disponibilità finanziaria è la seguente:

Fascia 2 Fascia 3 Fascia 4	**Trieste**	**Gorizia**	**Udine**	**Pordenone**
7.582.405,46	2.061.620,31	906.886,81	2.721.363,90	1.892.534,44

EVIDENZIATO che alla data odierna (28 agosto 2015) risultano presentati e valutati i progetti formativi di tirocinio, presentati dai soggetti promotori entro il 28 agosto 2015;
CONSIDERATO che la valutazione dei progetti formativi di tirocinio presentati determina la predisposizione del seguente documento:
- elenco dei progetti formativi di tirocinio approvati e finanziati (allegato 1 parte integrante)

CONSIDERATO che l'allegato 1 determina l'approvazione ed il finanziamento di 21 progetti formativi di tirocinio per complessivi euro 45.615,00, di cui 1 progetto formativo di tirocinio che si realizza nell'ambito territoriale di Trieste per complessivi euro 4.856,00, e 20 progetti formativi di tirocinio che si realizzano nell'ambito territoriale di Udine per complessivi euro 40.759,00;
EVIDENZIATO che la disponibilità finanziaria residua è la seguente:

Fascia 2 Fascia 3 Fascia 4	**Trieste**	**Gorizia**	**Udine**	**Pordenone**
7.536.790,46	2.056.764,31	906.886,81	2.680.604,90	1.892.534,44

PRECISATO inoltre che i soggetti promotori cui compete la realizzazione delle attività di cui si tratta, maturano il diritto al percepimento del finanziamento ad avvenuta realizzazione delle attività, nella misura risultante dal relativo rendiconto e dopo la verifica di questo da parte della Regione;
PRECISATO che il presente decreto, comprensivo dell' allegato 1 parte integrante, viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione;
VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali approvato

con decreto del Presidente della Regione n. 0277/Pres. del 27 agosto 2004, e successive modifiche ed integrazioni;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1612 del 13 settembre 2013 e successive modificazioni ed integrazioni relativa alla articolazione e declaratoria di funzioni delle strutture organizzative della Presidenza della Regione, delle Direzioni Centrali e degli Enti regionali;

DECRETA

1. In relazione alle Direttive indicate in premessa ed a seguito della valutazione dei progetti formativi di tirocinio, presentati e valutati entro il 28 agosto 2015, è approvato il seguente documento:
- elenco dei progetti formativi di tirocinio approvati e finanziati (allegato 1 parte integrante)

2. L'allegato 1 determina l'approvazione ed il finanziamento di 21 progetti formativi di tirocinio per complessivi euro 45.615,00, di cui 1 progetto formativo di tirocinio che si realizza nell'ambito territoriale di Trieste per complessivi euro 4.856,00, e 20 progetti formativi di tirocinio che si realizzano nell'ambito territoriale di Udine per complessivi euro 40.759,00.
3. Alla spesa si fa fronte nell'ambito del PON IOG.
4. Il presente decreto, comprensivo dell' allegato 1 parte integrante, viene pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione.
Trieste, 28 agosto 2015

FERFOGLIA

15_36_1_DDS_PROG GEST_3573_2_ALL1

ALLEGATO 1 Elenco dei progetti formativi di tirocinio approvati

PROVINCIA DI TRIESTE

N° protocollo	Data protocollo	Misura	Codice progetto	Proponente	Titolo progetto	Contributo approvato
N° 47116	20/08/2015	Tirocini ex	FP20150047116001	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE (TS)	TIROCINIO IN BIOINFORMATICA G.S.	4.856,00
Totale progetti PROVINCIA DI TRIESTE: 1						**4.856,00**

PROVINCIA DI UDINE

N° protocollo	Data protocollo	Misura	Codice progetto	Proponente	Titolo progetto	Contributo approvato
N° 44640	05/08/2015	Tirocini	FP20150044640001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO ALLA SALDATURA E CARPENTERIA DI A S	1.050,00
N° 46312	13/08/2015	Tirocini	FP20150046312001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN CONSERVAZIONE E RESTAURO	2.100,00
N° 46342	13/08/2015	Tirocini	FP20150046342001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ACCONCIATORE DI R S	2.100,00
N° 46343	13/08/2015	Tirocini	FP20150046343001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO LAVORAZIONI PANETTERIA, PASTICCERIA E GELATERIA DI G V	2.100,00
N° 46354	13/08/2015	Tirocini	FP20150046354001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO ALLA CONFEZIONE - A.L.	2.100,00
N° 46361	13/08/2015	Tirocini	FP20150046361001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO AL SERVIZIO BAR - G.A.	2.100,00
N° 46447	14/08/2015	Tirocini	FP20150046447001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO AL CONFEZIONAMENTO ED ALLA LOGISTICA	2.100,00
N° 46448	14/08/2015	Tirocini	FP20150046448001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN MAGAZZINIERE/GESTIONE MACCHINARIO A CONTROLLO NUMERICO	2.100,00
N° 46452	14/08/2015	Tirocini	FP20150046452001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN BANCONIERA CON SERVIZIO AI TAVOLI.	2.100,00
N° 46474	14/08/2015	Tirocini	FP20150046474001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO ALLE ATTIVITA' PRODUTTIVE M.N.	2.100,00
N° 46510	14/08/2015	Tirocini	FP20150046510001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN RETI DI IMPRESA	1.974,00
N° 46512	14/08/2015	Tirocini	FP20150046512001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN MANUTENTORE HW - SW E SITI WEB	2.100,00
N° 46553	14/08/2015	Tirocini	FP20150046553001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN CAMERIERE DI SALA E BAR - P.R.	2.100,00
N° 46610	17/08/2015	Tirocini	FP20150046610001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN CAMERIERE DI SALA E BAR-N.A.-	2.100,00
N° 46612	17/08/2015	Tirocini	FP20150046612001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ACCONCIATORE DI C J	1.260,00

N° 46620	17/08/2015	Tirocini ex	FP20150046620001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ASSISTENTE AL PROGETTO "SUPPORTING DEMOCRACY - A CITIZENS' ORGANISATIONS PROGRAMME - F.G.	3.295,00
N° 46650	17/08/2015	Tirocini	FP20150046650001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ANALISTA PROGRAMMATORE	2.100,00
N° 46662	18/08/2015	Tirocini	FP20150046662001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN "ADDETTO ACCONCIATORE" - B. E.	2.100,00
N° 46890	19/08/2015	Tirocini	FP20150046890001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN CAMERIERA / BARISTA	1.680,00
N° 46906	19/08/2015	Tirocini	FP20150046906001	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA (UD)	TIROCINIO IN ADDETTO ACCONCIATORE	2.100,00
Totale progetti PROVINCIA DI UDINE: 20						**40.759,00**
Totale progetti: 21						**45.615,00**

15_36_1_DDS_PROG GEST_3671_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi 31 agosto 2015, n. 3671

Piano integrato di politiche per l'occupazione e per il lavoro - Pipol. Operazioni relative ad aggiornamento linguistico all'estero di durata non superiore a due mesi. Presa atto rinunce.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 93 del 24 gennaio 2014 concernente l'approvazione del "Piano d'azione per il sostegno all'accesso, rientro o permanenza nel mercato del lavoro", di seguito Piano, che autorizza il direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi alla emanazione di un avviso pubblico per la selezione di 4 associazioni temporanee di impresa a cui affidare la realizzazione delle attività formative previste da FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 731 del 17 aprile 2014 che ha ricondotto ad un'unica area di intervento le azioni previste dal menzionato Piano di cui alla DGR n. 93/2014 e quelle connesse all'attuazione sul territorio regionale del Programma Operativo Nazionale Iniziativa per l'Occupazione Giovanile, approvando il Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL;
VISTE le successive delibere della Giunta regionale n. 827 dell'8 maggio 2014, n. 1396 del 24 luglio 2014, n. 1578 del 29 agosto 2014, n. 1854 del 10 ottobre 2014, n. 1958 del 24 ottobre 2014, n. 2286 del 28 novembre 2014, n. 2490 del 18 dicembre 2014, n. 450 del 13 marzo 2015, 797 del 30 aprile 2015, n. 905 del 15 maggio 2015 e n. 1523 del 31 luglio 2015 di modifica ed integrazione alla DGR 731/2014;
VISTA la delibera della Giunta regionale n. 1096 del 13 giugno 2014 con la quale sono state approvate le misure finanziarie di accompagnamento per la partecipazione alle attività di carattere formativo PIPOL;
VISTA la successiva delibera della Giunta regionale n. 1397 del 24 luglio 2014 di modifica alla DGR 1096/2014;
VISTO il decreto n. 100/LAVFOR.FP del 27 gennaio 2014, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 7 del 12 febbraio 2014, con il quale è stato approvato l'Avviso pubblico per la selezione di 4 associazioni temporanee di impresa a cui affidare la realizzazione delle attività formative previste da FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità;
VISTI i successivi decreti di modifica n. 635/LAVFOR.FP del 10 febbraio 2014 e n. 974/LAVFOR.FP del 24 febbraio 2014;
PRECISATO che il succitato Avviso prevede la selezione di quattro Associazioni Temporanee di Imprese - ATI con la competenza, da parte di ogni associazione temporanea d'impresa, ad operare su un distinto ambito territoriale provinciale, a copertura dei quattro ambiti esistenti sul territorio regionale;
VISTO il decreto n. 2978/LAVFOR.FP del 28 aprile 2014 con il quale sono stati individuati i sottodescritti soggetti incaricati della realizzazione delle attività previste dall'Avviso:
per ATI 1: Trieste
Soggetto Attuatore delle Attività di carattere formativo di FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità
con capofila IRES Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Friuli Venezia Giulia Impresa Sociale
per ATI 2: Gorizia
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto Giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila Comitato regionale dell'ENFAP del Friuli Venezia Giulia
per ATI 3: Udine
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto Giovani e FVG Progetto Occupabilità
con capofila En.A.I.P. Ente Acli Istruzione Professionale Friuli Venezia Giulia
per ATI 4: Pordenone
Soggetto Attuatore Attività Formative di FVG Progetto giovani e FVG Progetto occupabilità
con capofila IAL Innovazione Apprendimento Lavoro Friuli Venezia Giulia s.r.l. - Impresa Sociale
VISTO il decreto n. 3487/LAVFOR.FP del 6 giugno 2014 con il quale è stato approvato il documento denominato "Piano Integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro - PIPOL - PON IOG FVG - FVG Progetto giovani - FVG Progetto occupabilità. Direttive per la realizzazione delle attività formative previste";
VISTI i successivi decreti di modifica n. 4544/LAVFOR.FP dell'11 luglio 2014, n. 4646/LAVFOR.FP del 21 luglio 2014, n. 6087/LAVFOR.FP del 9 settembre 2014, n. 6159/LAVFOR.FP del 17 settembre 2014, n. 6200/LAVFOR.FP del 23 settembre 2014, n. 6320/LAVFOR.FP del 30 settembre 2014, n.8308/LAVFOR.FP del 18 novembre 2014 e n. 185/LAVFOR.FP del 12 febbraio 2015;
VISTA la sopra menzionata delibera della Giunta regionale n. 905 del 15 maggio 2015 di modifica ed

integrazione alla DGR 731/2014 con la quale sono stati fissati gli importi dei fondi necessari per la realizzazione delle attività di formazione per le fasce 2 e 3, per la fascia 4 e per la fascia 5, come precisato nella tabella sottodescritta suddivisa per fascia di utenza e per ambito territoriale:

Fascia 2 e Fascia 3	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 5.778.580,31	€ 1.272.950,00	€ 682.071,51	€ 2.591.276,60	€ 1.232.282,20

Fascia 5	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 7.026.542,69	€ 1.672.228,00	€ 726.492,49	€ 2.786.875,40	€ 1.840.946,80

Fascia 4	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 500.000,00	€ 110.143,84	€ 59.017,22	€ 224.213,94	€ 106.625,00

VISTO il decreto 5027/LAVFOR.FP del 13 agosto 2014, integrato dal decreto 1740/LAVORU del 25/05/2015, con il quale è stata autorizzata la spesa relativa al Piano di Azione e Coesione/PAC;
VISTO il decreto n. 6160/LAVFOR.FP del 17 settembre 2014 con il quale è stato approvato l'elenco dei prototipi relativi a "Operazioni per l'aggiornamento linguistico all'estero di durata non superiore a due mesi" per la fascia di utenza 3 e 5 con fonte di finanziamento PAC;
SPECIFICATO che suddetto decreto dispone che in base alle Direttive di cui al decreto n. 4360/LAVFOR.FP del 30 giugno 2014 e successive integrazioni e modificazioni, l'approvato elenco dei prototipi potrà essere utilizzato dall'Università di Udine e di Trieste per la fascia di utenza 4 con fonte di finanziamento PAC;
CONSIDERATO che, verificata l'esigenza di fornire risposte più tempestive al fabbisogno manifestato dai giovani della fascia 4 e tenuto conto della necessità di assicurare un'attuazione unitaria delle operazioni in oggetto sull'intero territorio regionale a prescindere dalla diversificazione dell'utenza, lo scrivente Servizio Programmazione e Gestione Interventi Formativi con nota del 06/11/2014 prot. n. 58907 ha disposto che i soggetti attuatori delle operazioni per l'aggiornamento linguistico all'estero di durata non superiore a due mesi per la fascia di utenza 4 siano le 4 ATI di Enti di formazione;
CONSIDERATO altresì che con deliberazione della Giunta regionale n. 2286 del 28 novembre 2014 è stato modificato ed integrato il documento concernente il sopra citato "Piano integrato di Politiche per l'Occupazione e per il Lavoro" con la disposizione che le risorse destinate a finanziare le "Operazioni per l'aggiornamento linguistico all'estero di durata non superiore a 2 mesi" a favore dei giovani rientranti nella FASCIA 4, pari a euro 500.000 passano alla disponibilità delle associazioni temporanee di enti di formazione accreditati, selezionate in base all'avviso pubblico emanato con decreto n. 100/LAVFOR.FP/2014;
PRECISATO che le Direttive prevedono che le edizioni dei prototipi di operazioni per l'aggiornamento linguistico all'estero di durata non superiore a due mesi devono essere presentate via fax presso gli uffici della Direzione centrale Lavoro, Formazione, Istruzione, Pari Opportunità, Politiche giovanili, Ricerca e Università, via I. Nievo, 20 Udine, almeno 10 giorni prima dell'avvio;
EVIDENZIATO che le edizioni dei prototipi vengono valutate sulla base del sistema di ammissibilità con l'applicazione dei criteri approvati dal Comitato di Sorveglianza del POR FSE 2007/2013 nella seduta del 13 dicembre 2007 e di cui all'articolo 11 del Regolamento emanato con DPReg 0232/Pres/2011 del 4 ottobre 2011 ed al paragrafo 9.1.2, lettera b) delle Linee guida di cui al decreto n. 1672/LAVFOR.FP/2013 del 4 aprile 2013 e successive modifiche;
RICHIAMATI i progetti formativi già approvati o in corso di approvazione a seguito dei quali la disponibilità finanziaria residua è la seguente:

Fascia 2 e Fascia 3	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 43.955,25	25.434,00	2.269,91	11.756,94	4.494,40

Fascia 5	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 60.474,69	€ 17.290,20	€ 5.580,09	€ 34.395,20	€ 3.209,20

Fascia 4	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 101.912,00	€ 15.983,84	€ 32.507,22	€ 50.521,94	€ 2.899,00

EVIDENZIATO che con nota n. 229 del 26/8/2015, acquisita al n. protocollo 48492 del 31/8/2015, il soggetto attuatore IAL Innovazione Apprendimento Lavoro Friuli Venezia Giulia s.r.l. - Impresa Sociale ha provveduto a ritirare l'operazione FP 1533405003 inglese all'estero kaplan (4 settimane) - f.5 approvato con decreto n. 3071 del 28/7/2015 per un contributo di euro 3.262,00;
EVIDENZIATO altresì che con nota n. 210 del 28/8/2015, acquisita al n. protocollo 48493 del 31/8/2015, il soggetto attuatore IAL Innovazione Apprendimento Lavoro Friuli Venezia Giulia s.r.l. - Impresa Sociale ha dato dichiarato la rinuncia al contributo eccedente l'importo rendicontato per varie

operazioni in fascia 5 elencate nel prospetto contenuto nell'All .1 parte integrante, per un importo complessivo di euro 6.537,41;
PRESO ATTO pertanto che la disponibilità finanziaria residua per l'ATI 4 Pordenone in fascia 5 è aumentata di euro 9.799,41;
EVIDENZIATO che la disponibilità finanziaria residua in fascia 5 è la seguente:

Fascia 5	Trieste	Gorizia	Udine	Pordenone
€ 70.274,10	€ 17.290,20	€ 5.580,09	€ 34.395,20	€ 13.008,61

PRECISATO che il presente decreto, comprensivo dell'allegato 1 parte integrante, viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione;
VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali approvato con decreto del Presidente della Regione n. 0277/Pres. del 27 agosto 2004, e successive modifiche ed integrazioni;
VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1612 del 13 settembre 2013 e successive modificazioni ed integrazioni relativa alla articolazione e declaratoria di funzioni delle strutture organizzative della Presidenza della Regione, delle Direzioni Centrali e degli Enti regionali;

DECRETA

1. Si prende atto che:
- in data 31/8/2015 è pervenuta la rinuncia l'operazione FP 1533405003 inglese all'estero kaplan (4 settimane) - f.5 approvato con decreto n. 3071 del 28/7/2015 per un contributo di euro 3.262,00;
- in data 31/8/2015 è pervenuta la rinuncia al contributo eccedente l'importo rendicontato per varie operazioni in fascia 5 elencate nel prospetto contenuto nell'All .1 parte integrante, per un importo complessivo di euro 6.537,41;
2. Il presente decreto, comprensivo dell'allegato 1 parte integrante, viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.
Trieste, 31 agosto 2015

FERFOGLIA

15_36_1_DDS_PROG GEST_3671_2_ALL1

	Codice	DENOMINAZIONE	FIINANZIAMENTO CONCESSO FVG	IMPORTO TOTALE RENDICONTATO FVG
1	FP1457656001	Tedesco all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.782,00	4.730,55
2	FP1457656002	Tedesco all'estero Kaplan (4 Settimane) - F5	3.182,00	3.102,57
3	FP1460740002	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.925,45
4	FP1465848001	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.865,45
5	FP1467556002	PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE SITI WEB	28.348,00	26.741,60
6	FP1467746002	Analizzare E Gestire Dati Con Il Foglio Elettronico	8.544,00	8.234,80
7	FP1500413001	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.786,05
8	FP1500703002	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.810,91
9	FP1500703003	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	5.782,00	5.673,31
10	FP1500703004	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.833,31
11	FP1500703005	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	5.782,00	5.653,59
12	FP1500703006	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.917,41
13	FP1501731005	Inglese all'estero Kaplan (8 Settimane) - F5	4.942,00	4.820,45
14	FP1501909001	Disegnare Con Il Cad 3D (Solidworks)	8.527,00	8.289,80
15	FP1502575001	Inglese Livello B1.A	8.026,00	7.677,20
16	FP1503398001	Inglese Livello B1.B	8.027,00	7.766,40
17	FP1504514004	Inglese all'estero Kaplan (4 Settimane) - F5	3.682,00	3.580,90
18	FP1505264002	Inglese all'estero Kaplan (4 Settimane) - F5	3.262,00	3.070,47
19	FP1506018001	Inglese Livello B1.A	8.213,00	7.561,40
20	FP1506238002	PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE SITI WEB	27.620,00	27.037,20
21	FP1507388001	Inglese all'estero Kaplan (4 Settimane) - F5	3.262,00	3.185,37
22	FP1508302001	Progettare e realizzare siti web (Adobe Dreamweaver)	8.068,00	7.666,60
23	FP1516510001	Disegnare Con Il Cad 2D (Autocad)	9.765,20	8.998,00
		TOTALI	179.466,20	172.928,79
		RESIDUO FINANZIAMENTO NON RENDICONTATO	6.537,41	

15_36_1_DDS_PROG GEST_3696_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio programmazione e gestione interventi formativi 31 agosto 2015, n. 3696

Fondo sociale europeo - Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione - Programma operativo 2014/2020. "Pianificazione periodica delle operazioni - PPO - Annualità 2015" approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 429 del 13 marzo 2015. Programma specifico n. 19/15 - Attività formativa a favore della popolazione detenuta o in esecuzione penale esterna. Modificazioni all'avviso emanato con decreto n. 3292/LAVFORU/2015 del 10 agosto 2015 a correzione di errori materiali.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTA la legge regionale 76 del 16 novembre 1982, recante l'ordinamento della formazione professionale nel Friuli Venezia Giulia;

PREMESSO che:

- la Commissione europea, con decisione C(2014)9883 del 17 dicembre 2014 ha approvato il Programma Operativo del Fondo sociale europeo 2014/2020 della regione autonoma Friuli Venezia Giulia;
- la Giunta regionale, con deliberazione n. 429 del 13 marzo 2015 ha approvato il documento "Pianificazione periodica delle operazioni - PPO - Annualità 2015", di seguito PPO 2015, che prevede, fra l'altro, la realizzazione del programma specifico n. 19/15 - Attività formativa a favore della popolazione detenuta o in esecuzione penale esterna - a valere sull'asse 2 - Inclusione sociale e lotta alla povertà - del programma Operativo;
- con decreto n. 3292/LAVFORU/2015 del 10 agosto 2015 è stato emanato l'avviso che dà attuazione al menzionato programma specifico n. 19/15 del PPO 2015;

PRESO ATTO che è necessario procedere a modificazioni al testo dell'avviso richiamato a correzione di meri errori di carattere materiale;

VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali approvato con Decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche e integrazioni, in particolare l'articolo 21 che disciplina le competenze del Direttore di Servizio;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1612 del 13 settembre 2013 e successive modificazioni relativa all'articolazione e declaratoria di funzioni delle strutture organizzative della Presidenza della Regione, delle Direzioni centrali e degli Enti regionali;

DECRETA

1. Al fine di correggere meri errori di carattere materiale presenti nell'avviso emanato con decreto n. 3292/LAVFORU/2015 del 10 agosto 2015, sono approvate le seguenti modifiche e integrazioni al testo dell'avviso medesimo:

a) al capoverso 1, penultimo alinea del paragrafo 2 - Quadro normativo e contesto di riferimento - la parola "marzo" è soppressa;

b) al capoverso 1 del paragrafo 9 - Gestione finanziaria - le parole "e a euro 0,80 ora allievo" sono soppresse;

c) il capoverso 2 del paragrafo 9 - Gestione finanziaria - è sostituito dal seguente:

"2. Il costo dell'operazione derivante dall'applicazione dell'UCS 3 è determinato nel modo seguente:
UCS 3 (euro 100,00) * n. ore di formazione.";

d) al capoverso 7 del paragrafo 11 - Struttura delle operazioni - le parole "Costo unitario Fisso - CUF di cui al paragrafo 7.2 del documento CUF" sono soppresse;

e) al capoverso 2 del paragrafo 18 - Documentazione attestante l'avvenuta effettiva realizzazione dell'operazione" le parole "UCS 1" sono sostituite dalle parole "UCS 3".

2. Il testo dell'avviso coordinato con le modificazioni apportate con il presente provvedimento costituisce l'allegato A) parte integrante del provvedimento medesimo.

3. Il presente provvedimento e l'allegato A) parte integrante sono pubblicati nel Bollettino ufficiale della Regione.

Trieste, 31 agosto 2015

FERFOGLIA

15_36_1_DDS_PROG GEST_3696_2_ALL1

Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università
Servizio programmazione e gestione interventi formativi

Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione
Programma Operativo del Friuli Venezia Giulia
Fondo sociale europeo – Programmazione 2014/2020
Asse 2 – Inclusione sociale e lotta alla povertà

Pianificazione periodica delle operazioni – PPO 2015

Programma specifico n. 19/15 – Attività formativa a favore della popolazione detenuta o in esecuzione penale esterna

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI OPERAZIONI DI CARATTERE FORMATIVO

Trieste, agosto 2015

ALLEGATO A)

TESTO COORDINATO

INDICE

1. FINALITA' DELL'AZIONE REGIONALE

Il documento "Pianificazione periodica delle operazioni – PPO – Annualità 2015", di seguito PPO 2015, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 429 del 13 marzo 2015, prevede la realizzazione del programma specifico n. 19/15 "Attività formativa a favore della popolazione detenuta o in esecuzione penale esterna" al fine di assicurare anche nell'anno formativo 2015 2016 ed in continuità con la precedente programmazione, un'offerta formativa adeguata alle esigenze e ai fabbisogni formativi definiti d'intesa con il PRAP Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e le Case circondariali presenti sul territorio regionale.
L'attuazione con il presente avviso del programma specifico n. 19/15 tiene conto altresì:

- dell'Accordo interregionale sottoscritto dalla Regione Friuli Venezia Giulia con il Ministero di Giustizia - Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria –il 27 aprile 2011 per la realizzazione del progetto riguardante "*Interventi per il miglioramento dei servizi per l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti in esecuzione penale*" a seguito dell'adesione al progetto stesso intervenuta con DGR n. 2903 n. del 22 dicembre 2009;
- dell'ulteriore Protocollo riguardante "Misure finalizzate al recupero ed al reinserimento di detenuti con problemi legati alla tossicodipendenza" , siglato in data 27.5. 014 tra Ministero di Giustizia, Regione Friuli Venezia Giulia e Tribunale di Sorveglianza di Trieste;
- degli obiettivi regionali contenuti nella DGR n. 458 del 22 marzo 2012 "Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona" con riferimento particolare al n. 8.1: "Favorire lo sviluppo di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate nell'ambito di nuovi accordi pubblico privato, di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale" e al n. 9.1 "Promuovere misure di contrasto alla povertà che accanto agli interventi di integrazione economiche prevedano l'utilizzo di strumenti di re- inserimento lavorativo-sociale secondo una logica di attivazione che miri all'autonomia della persona",
- degli ulteriori interventi previsti a favore dei soggetti in esecuzione penale esterna, che verranno approvati e realizzati, per l'anno 2015- 2016 ai sensi dell'articolo 6 della L.R. 22/2007 e successive modifiche e del programma specifico n. 18 del PPO 2015.

2. QUADRO NORMATIVO E CONTESTO DI RIFERIMENTO

1. Le presenti direttive sono adottate con riferimento al seguente quadro normativo:
   - REGOLAMENTO (UE) N. 1303/2013 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 17 dicembre 2013 recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, e che abroga il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
   - REGOLAMENTO (UE) N. 1304/2013 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo sociale europeo e che abroga il regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio;
   - REGOLAMENTO DI ESECUZIONE (UE) N. 215/2014 DELLA COMMISSIONE del 7 marzo 2014 che stabilisce norme di attuazione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca per quanto riguarda le metodologie per il sostegno in materia di cambiamenti climatici, la determinazione dei target intermedi e dei target finali nel quadro di riferimento dell'efficacia dell'attuazione e la nomenclatura delle categorie di intervento per i fondi strutturali e di investimento europei;
   - REGOLAMENTO DI ESECUZIONE (UE) N. 821/2014 DELLA COMMISSIONE del 28 luglio 2014 recante modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per

quanto riguarda le modalità dettagliate per il trasferimento e la gestione dei contributi dei programmi, le relazioni sugli strumenti finanziari, le caratteristiche tecniche delle misure di informazione e di comunicazione per le operazioni e il sistema di registrazione e memorizzazione dei dati;

- REGOLAMENTO DI ESECUZIONE (UE) N. 1011/2014 DELLA COMMISSIONE del 22 settembre 2014 recante modalità di esecuzione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i modelli per la presentazione di determinate informazioni alla Commissione e le norme dettagliate concernenti gli scambi di informazioni tra beneficiari e autorità di gestione, autorità di certificazione, autorità di audit e organismi intermedi;
- REGOLAMENTO DI ESECUZIONE (UE) 2015/207 DELLA COMMISSIONE del 20 gennaio 2015 recante modalità di esecuzione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i modelli per la relazione sullo stato dei lavori, la presentazione di informazioni relative a un grande progetto, il piano d'azione comune, le relazioni di attuazione relative all'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione, la dichiarazione di affidabilità di gestione, la strategia di audit, il parere di audit e la relazione di controllo annuale nonché la metodologia di esecuzione dell'analisi costi-benefici e, a norma del regolamento (UE) n. 1299/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, il modello per le relazioni di attuazione relative all'obiettivo di cooperazione territoriale europea;
- REGOLAMENTO DELEGATO (UE) N. 240/2014 DELLA COMMISSIONE del 7 gennaio 2014 recante un codice europeo di condotta sul partenariato nell'ambito dei fondi strutturali e d'investimento europei;
- REGOLAMENTO DELEGATO (UE) N 480/2014 DELLA COMMISSIONE del 3.3.2014 che integra il regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca;
- l'Accordo di Partenariato Italia 2014/2020 adottato dalla Commissione europea il 29 ottobre 2014;
- Programma Operativo del Fondo sociale europeo 2014/2020 - Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione – della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, approvato dalla Commissione europea con decisione C(2014)9883 del 17 dicembre 2014, di seguito denominato POR;
- Legge regionale n. 76 del 16 novembre 1982 "Ordinamento della formazione professionale";
- Legge regionale n. 6 del 31 marzo 2006 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";
- Legge 26 luglio 1975, n. 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà";
- Linee Guida del Ministero di Giustizia in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria (2008);
- D.G.R. n. 2903 del 22 dicembre 2009 Accordo tra Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e le Regioni e le Province Autonome per l'attuazione del progetto "Interventi per il miglioramento dei servizi per l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti in esecuzione penale";
- D.G.R n. 458 del 22 marzo 2012 "Linee guida per la predisposizione del Piano di Zona – obiettivi 8 e 9";
- Regolamento concernente modalità e criteri per l'attuazione di operazioni cofinanziate dal Fondo sociale europeo ai sensi di quanto previsto dall'articolo 52 della legge regionale 16 novembre 1982, n. 76, emanato con DPReg 0232/Pres/2011 del 4 ottobre 2011, di seguito denominato Regolamento;
- documento concernente "Linee guida per la realizzazione di operazioni cofinanziate dal Fondo sociale europeo", emanato con decreto n. 1672/LAVFOR.FP/2013 del 4 aprile 2013, e successive modifiche e integrazioni, di seguito denominato Linee guida;
- Regolamento per l'accreditamento delle sedi operative degli enti che gestiscono nel territorio della Regione attività di formazione professionale finanziate con risorse pubbliche approvato con D.P.Reg 07/Pres. del 12 gennaio 2005 e successive modificazioni ed integrazioni;
- documento "Pianificazione periodica delle operazioni – PPO – annualità 2015", di seguito PPO 2015, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 429 del 13 marzo 2015;

- documento "Regolamenti (UE) n. 1303/2013 e n. 1304/2013. Metodologia e condizioni per il pagamento delle operazioni con l'applicazione delle Unità di Costo Standard – UCS. Modificazioni alla deliberazione della Giunta regionale n. 278/2015", di seguito documento UCS, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 278 del 20 febbraio 2015 e succ. mod.
- Legge regionale n. 7 del 20 marzo 2000 "Testo unico in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso" e successive modificazioni ed integrazioni.

2. La struttura attuatrice del programma specifico è il Servizio programmazione e gestione interventi formativi, di seguito Servizio della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università; referente del programma specifico è la Posizione organizzativa inclusione e professioni area sociale.

3. DATI RELATIVI ALL'ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

1. Le operazioni formative si collocano all'interno del quadro programmatorio del POR nel seguente modo:
   a) **Asse**: 2 – Inclusione sociale e lotta alla povertà
   b) **Priorità d'investimento**: 9.i) L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità.
   c) **Obiettivo specifico**: 9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mdl, delle persone maggiormente vulnerabili
   d) **Azione**: 9.2.2 Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono prese in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment (ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.), misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari)
   e) **Settore di intervento**: 109 - Inclusione attiva, anche al fine di promuovere le pari opportunità, e partecipazione attiva, nonché migliore occupabilità
   f) **Forma di finanziamento**: 01 – Sovvenzione a fondo perduto
   g) **Meccanismi territoriali di attuazione**: 07 – Non pertinente
   h) **Dimensione tematica secondaria del FSE**: 08 – Non pertinente
   i) **Tipo di territorio**: 07 – Non pertinente
   j) **Tipo d'aiuto**: Nessun regime di aiuto
   k) **Classificazione della modalità formativa**:

Macro categoria	Classe	Codice	Descrizione modalità
Istruzione e formazione non formale	Corsi	2.2.1	Corsi condotti attraverso metodologie d'aula (incluse lezioni o conferenze)

l) **Indicatori di risultato comuni**:

ID	Indicatore	Categoria di Regione	Unità di misura dell'indicatore	Indicatore comune di output usato come base per la definizione dell'obiettivo
CR 03	Partecipanti che ottengono una qualifica alla fine della loro partecipazione all'intervento	Regioni più sviluppate	%	Lavoratori, compresi gli autonomi

m) **Indicatori di output**:

ID	Indicatore	Unità di misura	Fondo	Categoria di regioni (se pertinente)
CO 01	Disoccupati, compresi i disoccupati di lunga durata	Numero	FSE	Regioni più sviluppate
CO 05	Lavoratori, compresi gli autonomi	Numero	FSE	Regioni più sviluppate
CO 09	Titolari di un diploma di istruzione primaria (ISCED 1) o di istruzione secondaria inferiore (ISCED 2)	Numero	FSE	Regioni più sviluppate
CO 10	Titolari di un diploma di insegnamento secondario superiore (ISCED 3) o di un diploma di istruzione post secondaria (ISCED 4)	Numero	FSE	Regioni più sviluppate
CO 11	Titolari di un diploma di istruzione terziaria (ISCED da 5 a 8)	Numero	FSE	Regioni più sviluppate

4. DISCIPLINA DI RIFERIMENTO

1. Fatte salve specifiche indicazioni contenute nel presente avviso, le operazioni si realizzano nel rispetto della disciplina prevista dal Regolamento, dalle Linee guida e dal documento UCS.
2. L'applicazione del Regolamento e delle Linee guida avviene nelle more del processo di revisione del sistema di gestione e controllo connesso alla realizzazione della programmazione FSE 2014/2020, tenuto conto dell'avvenuto accertamento della coerenza tra le disposizioni presenti nei richiamati provvedimenti e la normativa comunitaria citata al paragrafo 2.
3. Il documento UCS è conforme alle disposizioni dell'articolo 67, comma 6 del regolamento (UE) n. 1303/2013

5. SOGGETTI AMMESSI ALLA PRESENTAZIONE DELLE OPERAZIONI (SOGGETTI PROPONENTI)

1. Le operazioni sono presentate da soggetti pubblici non territoriali o privati aventi tra i propri fini statutari la formazione professionale. Il mancato possesso di tali requisiti è causa di **non ammissibilità generale dell'operazione dalla valutazione**.
2. I soggetti proponenti che per la prima volta presentano operazioni a valere sul Fondo sociale europeo devono produrre lo Statuto e l'atto costitutivo entro la scadenza del termine previsto per la presentazione delle operazioni.

3. Non è ammessa la presentazione di operazioni da parte di soggetti riuniti in forma di raggruppamento a **pena di non ammissibilità generale dell'operazione dalla valutazione.**

6. SOGGETTI AMMESSI ALLA REALIZZAZIONE DELLE OPERAZIONI (SOGGETTI ATTUATORI)

1. Ai fini dell'attuazione delle operazioni ammesse al finanziamento i soggetti attuatori, alla data di avvio dell'operazione (attività in senso stretto) devono essere titolari di sedi operative accreditate nel territorio regionale, ai sensi del regolamento di riferimento vigente, nella macrotipologia Cs, Formazione continua e permanente per ambiti speciali, nel settore formativo coerente con l'attività formativa proposta, sia in teoria che in pratica, e nella seguente categoria di svantaggio indicata nell'allegato A del menzionato regolamento: detenuti ed ex detenuti.
2. Il mancato rispetto delle previsioni di cui al capoverso 1 è **causa di decadenza dal contributo.**

7. DESTINATARI DELLE OPERAZIONI

1. Le operazioni di cui al presente avviso si rivolgono alle seguenti categorie di destinatari:
   a) detenuti;
   b) soggetti in esecuzione penale esterna.
   Al momento della selezione svolta dal soggetto attuatore i destinatari devono essere residenti o domiciliati sul territorio regionale ed avere almeno 18 anni compiuti al momento dell'avvio delle operazioni.
   Il mancato possesso anche di uno solo dei sopraindicati requisiti è **causa di inammissibilità del soggetto all'operazione**.
2. In considerazione della specifica tipologia di utenza, le operazioni devono essere realizzate d'intesa con la Direzione delle Casa Circondariale sede dell'intervento formativo o con l'Ufficio di esecuzione penale esterna – U.E.P.E – competente per territorio, limitatamente al percorso di "Tecniche per l'edilizia: lavori di completamento".
3. Le modalità di collaborazione devono essere descritte da apposita nota o accordo da allegare alla documentazione prodotta in fase di presentazione dell'operazione.

8. RISORSE FINANZIARIE

1. Le risorse finanziarie disponibili per la realizzazione delle operazioni sono pari a euro 950.000,00 a valere sull'asse 2 – Inclusione sociale e lotta alla povertà – del POR.

9. GESTIONE FINANZIARIA

1. Le operazioni di cui al presente avviso sono gestite attraverso l'applicazione dell'UCS 3 di cui al documento UCS, pari a euro 100,00 ora corso.
2. Il costo dell'operazione derivante dall'applicazione dell'UCS 3 è determinato nel modo seguente:

   UCS 3 (euro 100,00) * n. ore di formazione

3. Ai fini della predisposizione del preventivo di spesa dell'operazione, i costi relativi allo svolgimento dell'operazione sono imputati alla voce di spesa B2.3) – Erogazione del servizio.

4. Agli allievi, con una presenza certificata su registro di almeno il 50% delle ore previste dal corso-al netto della prova finale- è riconosciuta la somma forfettaria corrispondente alla durata della operazione alla quale partecipano, così come indicato nella tabella seguente:

Attività in senso stretto	Somma forfettaria (euro)
120	180
150	225
200	300
300	450
400	600
500	750

5. In sede di presentazione dell'operazione, il costo totale delle somme forfettarie previste deve essere imputato alla voce di spesa B2.4- Attività di sostegno all'utenza.

10. TERMINI E MODALITA' PER LA PRESENTAZIONE DELLE OPERAZIONI

1. Le operazioni sono realizzate secondo la modalità "a bando", e devono essere presentate **a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso nel Bollettino ufficiale della Regione ed entro il 22 settembre 2015.**
2. Ciascuna operazione deve essere presentata sull'apposito formulario on line disponibile sul sito internet www.regione.fvg.it *formazione lavoro/formazione/FSE/area operatori/ web forma*. Per accedere al formulario on line i soggetti proponenti devono essere preventivamente registrati sul medesimo sito. La procedura di registrazione può essere avviata dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso nel Bollettino ufficiale della Regione. Si ricorda che il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 concernente "Codice in materia di protezione dei dati personali", all'allegato B – Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza per trattamenti con strumenti informatici – prevede, al punto 7 , la disattivazione delle credenziali di autenticazione non utilizzate da almeno 6 mesi. Pertanto, coloro la cui registrazione risulti scaduta devono, ai fini della riattivazione, inviare una richiesta via e-mail a accesso.webforma@regione.fvg.it e per conoscenza a assistenza.fvg@insiel.it specificando:
   a) cognome e nome;
   b) codice fiscale;
   c) codice d'identificazione (username utilizzato).
   Poiché l'autorizzazione ad accedere avviene tramite posta elettronica presso l'indirizzo e-mail registrato nel sistema per l'utente interessato, qualora l'indirizzo e-mail sia successivamente variato, è necessario fare una richiesta scritta tramite e-mail, alla struttura attuatrice, allegando una fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità ed indicando il vecchio indirizzo e-mail e quello nuovo.
3. Il mancato utilizzo del formulario appositamente predisposto dal Servizio è **causa di non ammissibilità generale dell'operazione dalla valutazione.**
4. Il formulario deve essere presentato, nei termini di cui al capoverso 1, **pena la non ammissibilità generale dell'operazione dalla valutazione,** anche in forma cartacea, alla struttura attuatrice, via San Francesco n. 37 – Ufficio protocollo – VI piano, 34100 Trieste, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.30 alle ore 12.00.
5. Il formulario va riempito in ogni sua parte, avendo cura di limitare le parti descrittive entro dimensioni adeguate.
6. Gli orari garantiti di funzionamento del sistema WebForma sono i seguenti:
   - dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 18.00;
   - sabato dalle 8.00 alle 12.30.

   Per segnalazioni di malfunzionamenti del software si invita a contattare il call center al numero 040/3737177 segnalando, quale riferimento, il codice prodotto R/WEBF.
   Il servizio di "problem solving" è in servizio dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00.

7. Per informazioni sul funzionamento dell'applicazione web scrivere al seguente indirizzo e-mail: assistenza.fvg@insiel.it mettendo nell'oggetto la parola WEBFORMA.

11. STRUTTURA DELLE OPERAZIONI

1. Al fine di assicurare un'offerta formativa coerente con la situazione logistica e organizzativa delle diverse strutture di detenzione, i soggetti proponenti possono presentare le operazioni formative di seguito elencate, individuate sulla base dei fabbisogni rilevati nell'ambito delle attività di coordinamento inter istituzionale tra la Regione Autonoma FVG e il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Provveditorato regionale per il Veneto - Friuli Venezia Giulia – Trentino Alto Adige e le Case Circondariali presenti sul territorio regionale, tenuto conto, altresì, delle risorse finanziarie messe a disposizione per il programma specifico:

Casa Circondariale	Titolo operazione	Durata (ore)
Trieste	- Tecniche di panificazione e piccola pasticceria	500
	- Tecniche di restauro tappezzeria e tappeti	500
	- Tecniche per piccole manutenzioni in edilizia	400
	- Tecniche di lavorazione del cuoio (calzolaio)	400
	- Tecniche di ripresa audio e video	300
	- Tecniche per piccoli lavori di sartoria	200
	- Elementi di comunicazione per lavorare nel call center	200
Udine	- Tecniche per piccole manutenzioni e arredo verde d' interni	300
	- Elementi di legatoria	200
	- Tecniche per l'edilizia: lavori di completamento (operatore edile)[1]	500
	- Tecniche di risanamento murario, tinteggiatura e decorazioni	200
	- Tecniche di mosaico	200
	- Tecniche di pulizia e sanificazione	120
Pordenone	- Elementi di legatoria	200
	- Tecniche di mosaico	200
	- Elementi base di ristorazione	200
	- Tecniche per piccole manutenzioni	200
Gorizia	- Tecniche di pulizia e sanificazione	120
Tolmezzo	- Tecniche per generico di cucina (Operatore generico di cucina)	500
	- Tecniche di orto- floricoltura (Operatore agricolo ambientale)	500
	- Tecniche per l'edilizia: lavori di completamento (Operatore edile)	500
	- Tecniche di falegnameria e restauro	300
	- Elementi di mosaico	200
	- Tecniche per la conduzione di macchine operatrici	200
	- Elementi di grafica multimediale	200
	- Tecniche di coltivazione di piante officinali ed aromatiche	150
	- Elementi di agricoltura biologica	150
	- Tecniche di gestione di azienda agricola	150

2. Sono escluse dalla valutazione operazioni recanti titoli e durata diversi da quelli indicati nella tabella di cui al capoverso 1.
3. Tutte le operazioni rientrano nella tipologia formativa "Formazione permanente per gruppi omogenei".

[1] Il percorso formativo si rivolge a detenuti ammessi a misure alternative alla detenzione.

4. Tutte le operazioni devono prevedere un numero di ore di esercitazioni pratiche non inferiore al 30% dell'attività in senso stretto.
5. Ogni operazione rientrante nell'attuazione del presente avviso deve rispettare i seguenti limiti di partecipazione degli allievi:
   a) numero minimo di allievi per i quali si prevede l'iscrizione alle operazioni: **5**;
   b) numero massimo di allievi per i quali si prevede l'iscrizione:**25**;
6. Il mancato rispetto delle indicazioni di cui ai punti a) e b) determina **la non ammissibilità generale dell'operazione dalla fase di valutazione.**
7. Al fine di garantire la prioritaria aspettativa degli allievi a vedere soddisfatto il fabbisogno formativo espresso, il soggetto attuatore deve avviare l'operazione anche se il numero di allievi che effettivamente partecipano all'attività in senso stretto è inferiore a quello previsto degli allievi iscritti all'operazione e, eventualmente, anche alla soglia minima di 5 unità di cui al capoverso 3, lettere a) e b). In tale eventualità ed ove ne ricorrano le condizioni, si applicano i principi di trattamento dell'UCS previsti dal documento UCS.
8. La partecipazione alle operazioni è a titolo gratuito. Non sono ammesse clausole tra il soggetto proponente e l'allievo che prevedano eventuali partecipazioni finanziarie, a qualunque titolo, da parte di quest'ultimo.
9. Ai fini dell'ammissione di ogni allievo alla prova finale ed alla rendicontazione/attestazione finale della realizzazione dell'operazione, è richiesta, per ciascun allievo, la presenza certificata sull'apposito registro di un numero di ore non inferiori non inferiori al 50% delle ore previste per l'attività in senso stretto
10. Le seguenti operazioni di cui al paragrafo 11.1
    a) Tecniche di panificazione e piccola pasticceria,
    b) Tecniche per l'edilizia: lavori di completamento (operatore edile) ,
    c) Tecniche per generico di cucina,
    d) Tecniche di orto- floricoltura,
    e) Tecniche per l'edilizia,

    devono essere presentate con riferimento agli standard previsti dall'Allegato A del Documento "Linee guida per la realizzazione dei percorsi di Istruzione e Formazione Professionale. Gli standard regionali versione febbraio 2012 " approvato con DGR n. 513 del 29 marzo 2012 e disponibile sul sito www.regione.fvg.it *lavoro formazione/formazione/area operatori,* ed in particolare:
    - agli standard formativi riferiti alle competenze tecnico professionali (Allegato A2);
    - agli standard formativi riferiti alle competenze tecnico-professionali delle aree qualità, sicurezza, igiene e salvaguardia ambientale che si caratterizzano in quanto trasversali rispetto a tutte le Figure/Profili (Allegato A4);
    - agli standard professionali che costituiscono il riferimento per la valutazione e definiscono i risultati attesi al termine del processo di apprendimento (Allegato A5).

11 Tutte le operazioni devono prevedere, **pena l'esclusione dalla valutazione**, i seguenti moduli formativi:
   a) modulo di almeno 8 ore relativo alle tematiche della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro;
   b) modulo di almeno 12 ore relativo ai diritti/doveri di cittadinanza, comprendenti anche l'orientamento ai servizi del territorio e i temi delle pari opportunità.

12 In relazione a tutte le operazioni di cui al paragrafo 11.1 il superamento della prova finale comporta il rilascio di un attestato di frequenza o di qualifica nel caso in cui si tratti di completamento di percorsi frequentati nelle precedenti annualità, finalizzati al conseguimento della qualifica, tenuto conto della corrispondenza indicata nella tabella di cui al successivo punto 11

13 Il conseguimento dell'attestato finale di frequenza nelle operazioni Tecniche di panificazione e piccola pasticceria, Tecniche per l'edilizia: lavori di completamento, Tecniche per generico di cucina, Tecniche di orto-floricoltura, Tecniche per l'edilizia, comporta l'acquisizione di crediti formativi per l'accesso alla qualifica professionale di terzo livello secondo il criterio di corrispondenza indicato nella tabella che segue:

Attestato di frequenza	Qualifica professionale di 3° livello
Tecniche di panificazione e piccola pasticceria	Addetto lavorazioni panetteria, pasticceria e gelateria
Tecniche per l'edilizia: lavori di completamento	Addetto ai lavori di completamento
Tecniche per generico di cucina	Cuoco

Tecniche di orto- floricoltura	Operatore agro ambientale
Tecniche per l'edilizia	Addetto ai lavori di completamento

12. AFFIDAMENTO DI PARTE DELLE ATTIVITA' A TERZI

1. Per quanto concerne la tematica dell'affidamento di parte delle attività a terzi, valgono le specifiche disposizioni delle Linee guida.

13. SELEZIONE E APPROVAZIONE DELLE OPERAZIONI

1. Le operazioni sono selezionate dalla struttura attuatrice sulla base dei criteri e delle metodologie approvate dal Comitato di sorveglianza del POR nella seduta dell'11 giugno 2015.
2. La selezione delle operazioni prevede una prima fase, di ammissibilità generale, centrata sulla verifica della presenza nella proposta progettuale dei requisiti necessari previsti dall'Avviso pubblico.
   La verifica di ammissibilità delle proposte progettuali viene condotta sulla base dei requisiti relativi:
   a) alla conformità che consiste nel:
      1) rispetto dei termini di presentazione delle proposte in relazione alle scadenze previste dall'Avviso;
      2) rispetto delle modalità di presentazione delle proposte;
      3) completezza e correttezza della documentazione richiesta;
      4) rispetto di ogni ulteriore elemento formale espressamente richiesto dall'Avviso pubblicato;
   b) al proponente e consistenti nel:
      1) possesso dei requisiti giuridici soggettivi/oggettivi previsti dall'Avviso;
      2) assenza di situazioni di incompatibilità del proponente in relazione all'esecuzione del progetto/proposta);
   c) al progetto/proposta che riferiscono alla:
      1) verifica della rispondenza del progetto/proposta alle tipologie d'intervento previste dall'Avviso;
      2) assenza di duplicazione di finanziamenti provenienti dal altri Fondi comunitari, nazionali e regionali;
      3) verifica dei requisiti minimi previsti per l'attuazione dell'operazione.

Con riferimento alla **fase di ammissibilità** delle proposte progettuali ed al fine di dare massima chiarezza ed evidenza agli elementi che costituiscono causa di esclusione della proposta progettuale dalla valutazione, si fornisce il seguente quadro riassuntivo:

Criterio	Causa di non ammissibilità generale dell'operazione
Conformità dell'operazione rispetto alla modalità di presentazione dell'operazione	- Mancato utilizzo dello specifico formulario, (paragrafo 10, capoverso 3) - Mancato rispetto dei termini di presentazione (paragrafo 10, capoverso 4)
Conformità del proponente, con riguardo al possesso dei requisiti giuridici soggettivi/oggettivi previsti	– Presentazione della proposta progettuale da parte di soggetti diversi da quelli previsti (paragrafo 5, capoversi 1 e 3)
Conformità l'operazione, con riferimento alla verifica dei requisiti minimi previsti per l'attuazione dell'operazione	– Presentazione delle operazioni con titolo e durata diversa da quella prevista (paragrafo 11, capoverso 2); – Mancato rispetto del numero minimo e massimo di allievi previsto per l'accesso alle operazioni (paragrafo 11, capoverso 5); – Assenza dei moduli formativi previsti (paragrafo 11, capoverso 11);

3. Successivamente si passa alla **valutazione comparativa;** a partire dalle seguenti definizioni:

Definizione	Descrizione
Criteri di selezione	Sono le categorie di giudizio che si ritengono rilevanti per formulare un giudizio rispetto al progetto presentato così come approvate dal Comitato di sorveglianza
Sottocriteri	Sono una articolazione dei criteri di selezione
Indicatori	Sono le variabili attraverso cui si misurano le informazioni acquisite in funzione di un dato sottocriterio e supportano la formulazione di un giudizio
Giudizio	E' la scala (standard) – vedi sotto – in relazione alla quale vengono valutate le informazioni acquisite per ciascun criterio o sottocriterio
Coefficiente	E' l'ordinamento delle preferenze: indica il livello di importanza del sottocriterio
Punteggio	E' il prodotto della seguente operazione giudizio * coefficiente

4 La scala di giudizio si articola nel modo seguente:

Scala di giudizio	Descrizione
5 punti	Gli aspetti previsti dal criterio sono affrontati in modo convincente e approfondito. Sono forniti gli elementi richiesti su tutti gli aspetti e non ci sono aree di non chiarezza
4 punti	Gli aspetti previsti dal criterio sono affrontati in modo pertinente anche se sono possibili alcuni miglioramenti. Sono forniti gli elementi richiesti su tutte o quasi tutte le questioni poste
3 punti	Gli aspetti previsti dal criterio sono affrontati in modo globale ma sono presenti parecchi punti deboli. Sono forniti alcuni elementi significativi ma ci sono diverse questioni per cui mancano dettagli o gli elementi forniti sono limitati
2 punti	Gli aspetti proposti dal criterio sono affrontati parzialmente o si forniscono elementi non completi. Sono affrontate solo in parte le questioni poste o sono forniti pochi elementi rilevanti
1 punto	Gli aspetti previsti dal criterio non sono affrontati (o sono affrontati marginalmente) o gli stessi non possono essere valutati per i molti elementi carenti o non completi. Non sono affrontate le questioni poste o sono forniti elementi poco rilevanti.
0 punti	Mancata compilazione o compilazione completamente non pertinente.

5. Tutto ciò premesso, le candidature sono selezionate con l'applicazione dei seguenti criteri e con le modalità indicate:

Criterio di selezione: 1. Affidabilità del proponente. Punteggio massimo: 20				
Sottocriterio	Indicatore	Giudizio (a)	Coefficiente (b)	Punteggio C = (a) * (b)
1.1 Efficienza relativa alle eventuali attività	a) Efficienza attuativa (dal sistema informativo dl	00,00- 29,99=0 30,00- 49,99=1	**0,5**	**Max 2,5**

pregresse. Punteggio massimo: 5	Servizio)	50,00- 69,99=2 70,00- 79,99=3 80,00- 89,99=4 90,00-100,00=5		
	b) Tasso di formazione (dal sistema informativo dl Servizio)		**0,5**	**Max 2,5**
1.2 Adeguatezza rispetto all'attività proposta. Punteggio massimo: 5	Esperienza pregressa nell'area dello svantaggio (detenuti). Progetti formativi avviati e conclusi dal 01/01/2010 al 31/12/2014	Da 0 a 5	**1**	**Max 5**
1.3 Livello di integrazione con gli attori del territorio Punteggio massimo: 5	Grado di collaborazione/progettazione con la Casa Circondariale e/o UEPE (accordo generico o collaborazione effettiva)	Da 0 a 5	**1**	**Max 5**
1.3 Adeguatezza e coerenza del know how (risorse umane) Punteggio massimo: 5	Disponibilità di personale con esperienza e competenze nella specifica attività/utenza (tutor con esperienza specifica, psicologi, mentor, ecc.)	Da 0 a 5	**1**	**Max 5**

Criterio di selezione: 2. Coerenza ed efficacia della proposta progettuale rispetto alle finalità previste, comprese le priorità trasversali. Punteggio massimo: 25				
Sottocriterio	Indicatore	Giudizio (a)	Coefficiente (b)	Punteggio C = (a) * (b)
2.1 Coerenza progettuale – motivazioni specifiche Punteggio massimo: 10	Grado di descrizione delle motivazioni e dei fabbisogni rilevati in relazione all'utenza e al contesto	Da 0 a 5	**2**	**Max 10**
2.2 Efficacia progettuale – risultati attesi Punteggio massimo: 10	Contributo del progetto alle politiche di inclusione sociale e valore aggiunto per i singoli partecipanti	Da 0 a 5	**2**	**Max 10**
2.3 Rispondenza alle priorità della programmazione FSE 2014/2020 Punteggio massimo: 5	Rispetto e rafforzamento dei principi orizzontali	Da 0 a 5	**1**	**Max 5**

Criterio di selezione: 3. Efficacia della proposta progettuale rispetto al raggiungimento dei risultati sia in termini di occupabilità sia in termini di obiettivi di apprendimento. Punteggio massimo: 24				
Sottocriterio	Indicatore	Giudizio (a)	Coefficiente (b)	Punteggio C = (a) * (b)
3.1 Coerenza del percorso formativo con la figura/area professionale di riferimento Punteggio massimo: 10	Qualità ed esaustività della descrizione della figura/ area professionale di riferimento, compresi gli aspetti evolutivi ed innovativi, nonché del quadro delle competenze da sviluppare attraverso l'intervento formativo, tenuto conto della specificità dell'utenza	Da 0 a 5	**2**	**Max 10**
3.2 Qualità del dispositivo di riconoscimento delle competenze in ingresso dei partecipanti in relazione alla possibile personalizzazione del percorso Punteggio massimo: 4	Esistenza di un dispositivo di analisi delle competenze in ingresso dei partecipanti e di riconoscimento dei crediti eventuali	Da 0 a 5	**0,8**	**Max 4**
3.3 Efficacia in termini di occupabilità Punteggio massimo: 10	Grado di definizione delle competenze (abilità e conoscenze) da raggiungere/acquisire al termine del percorso formativo	Da 0 a 5	**2**	**Max 10**

Criterio di selezione: 4. Coerenza e qualità dell'organizzazione didattica. Punteggio massimo: 25				
Sottocriterio	Indicatore	Giudizio (a)	Coefficiente (b)	Punteggio C = (a) * (b)
4.1 Organizzazione didattica: Punteggio massimo: 10	Grado di descrizione dell'organizzazione didattica (presidio/gestione, caratteristiche delle aule e delle attrezzature, esercitazioni pratiche, materiali didattici, altri aspetti ritenuti importanti)	Da 0 a 5	**2**	**Max 10**
4.2 Descrizione dei moduli. Punteggio massimo: 10	Grado di descrizione delle singole unità formative compreso il personale docente utilizzato (coerenza con i prerequisiti dei partecipanti)	Da 0 a 5	**2**	**Max 10**
4.3 Valutazione Punteggio massimo: 5	Grado di descrizione dei dispositivi di valutazione (apprendimento, gradimento, esame finale, placement)	Da 0 a 5	**1**	**Max 5**

Criterio di selezione: 5. Congruenza finanziaria. Punteggio massimo: 1				
Sottocriterio	Indicatore	Giudizio (a)	Coefficiente (b)	Punteggio C = (a) * (b)
5.1 Congruenza finanziaria. Punteggio massimo: 1	Corretta compilazione della parte finanziaria	No = 0 SI = 1	**1**	**Max 1**

Criterio di selezione: 6. Coerenza e completezza della proposta progettuale. Punteggio massimo: 5				
Sottocriterio	Indicatore	Giudizio (a)	Coefficiente (b)	Punteggio C = (a) * (b)
6.1 Coerenza e completezza della proposta progettuale. Punteggio massimo: 5	Coerenza tra le singole parti che compongono il progetto. Chiarezza e sinteticità delle parti descrittive e qualità della documentazione prodotta	Da 0 a 5	**1,0**	**Max 5**

6. Il punteggio massimo attribuibile a ciascuna operazione è pari a 100.
7. La soglia minima di punteggio da conseguire da parte di ogni candidatura ai fini della approvazione è pari a 65.
8. In caso di parità di punteggio tra due o più proposte candidature, si prende in considerazione il punteggio

ottenuto nel criterio 1; nel caso di ulteriore parità si prende in considerazione il punteggio ottenuto nel criterio 2.

9. Ad avvenuta selezione delle operazioni, la struttura attuatrice predispone ed approva con apposito decreto:
   a) le graduatoria delle operazioni di cui al paragrafo 9.1, distinte in relazione al fabbisogno di ciascuna Casa Circondariale con l'indicazione delle operazioni ammesse al finanziamento;;
   b) gli elenchi distinti delle operazioni non approvate per non aver raggiunto la soglia minima di punteggio prevista;
   c) gli elenchi distinti delle operazioni escluse dalla valutazione sulla base delle disposizioni del presente avviso.
10. La fase di comunicazione dell'ammissione al finanziamento avviene attraverso i seguenti canali:
    a) pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione del decreto dirigenziale di cui al capoverso 1;
    b) nota formale di ammissione al finanziamento del Servizio ai soggetti attuatori;
    c) inserimento delle graduatorie sul sito internet www.regione.fvg.it *lavoro formazione/formazione/area operatori*.
11. Con la nota di cui al capoverso 9, lettera b) viene inoltre fissato il termine per la conclusione dell'attività in senso stretto dell'operazione formativa.

14. FLUSSI FINANZIARI

1. I flussi finanziari da parte della struttura attuatrice o nei riguardi del soggetto attuatore avvengono attraverso una fase di anticipazione ed una fase di saldo.
2. E' prevista una anticipazione dell'85% del finanziamento ad avvio delle attività e l'erogazione del saldo, pari alla differenza tra anticipazione e costo complessivo dell'operazione ammesso a seguito della verifica della relazione finale tecnico –fisica dell'operazione.
3. Le anticipazioni devono essere coperte da fideiussione bancaria o assicurativa. La fideiussione deve essere predisposta sulla base del modello disponibile sul sito www.regione.fvg.it *formazione lavoro/formazione/area operatori/modulistica*.

15. SEDI DI REALIZZAZIONE

1. Tutte le attività formative d'aula previste dal presente avviso si realizzano, di norma, presso sedi accreditate del soggetto attuatore titolare dell'operazione. Il numero degli allievi partecipanti all'operazione deve essere sempre coerente con la capienza dell'aula in cui l'attività formativa viene realizzata, così come definita in sede di accreditamento, pena la decadenza dal contributo.
2. Tenuto conto delle finalità del programma specifico e della tipologia di utenza, è ammissibile il ricorso a sedi didattiche occasionali così come previsto a fronte di specifiche esigenze, ai sensi di quanto disposto dal Regolamento per l'accreditamento delle sedi operative di cui al D.P.Reg. n. 07/Pres./2005 e successive modifiche e integrazioni. L'uso della sede didattica occasionale può essere previsto nel formulario di presentazione dell'operazione formativa, con le adeguate motivazioni che ne determinano l'utilizzo. Qualora l'uso della sede didattica occasionale non sia previsto nel formulario di presentazione dell'operazione, ma derivi da una diversa organizzazione che si rende opportuna o necessaria dopo l'approvazione dell'operazione stessa, il soggetto attuatore, prima dell'utilizzo della stessa, deve darne comunicazione al Servizio utilizzando il modello COM*SedeOc* reperibile sul sito www.regione.fvg.it *lavoro formazione/formazione/area operatori*.
3. Le operazioni prevedono la realizzazione di stage in sedi diverse da quelle di cui ai capoversi 1 e 2.
4. La conformità della sede di svolgimento dello stage deve essere certificata mediante l'utilizzo del modello FP-5a, reperibile sul sito www.regione.fvg.it *lavoro formazione /formazione/area operatori*, che va conservato presso il soggetto attuatore.

16. INFORMAZIONE E PUBBLICITA'

1. La promozione e pubblicizzazione dell'operazione costituisce attività obbligatoria da parte del soggetto attuatore.
2. Il soggetto attuatore è tenuto ad adottare modalità di comunicazione e pubblicizzazione dell'operazione trasparenti ed in grado di garantire parità di accesso a tutte le potenziali categorie di destinatari. Le modalità di promozione e pubblicizzazione devono essere descritte nell'operazione.
3. I soggetti attuatori sono tenuti a informare la platea dei possibili destinatari circa il fatto che l'operazione è stata cofinanziata dal Fondo sociale europeo nell'ambito dell'attuazione del POR. In tale senso tutti i documenti di carattere informativo e pubblicitario devono:
   - contenere una dichiarazione da cui risulti che il POR è cofinanziato dal Fondo sociale europeo;
   - recare i seguenti emblemi:

Unione Europea	Repubblica Italiana
Unione europea Fondo sociale europeo	REPVBBLICA ITALIANA
Regione autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università	FSE in Friuli Venezia Giulia
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	FSE FRIULI VENEZIA GIULIA POR 2014 2020

17. PRINCIPI ORIZZONTALI

1. **Sviluppo sostenibile.** I soggetti proponenti, nella fase che precede la progettazione delle operazioni, mirano ad intervenire con riferimento a figure professionali immediatamente spendibili nel mondo del lavoro, in particolare con riferimento alla specifica domanda espressa dalle imprese aderenti ai partenariati che propongono le operazioni medesime. In tale contesto potrà essere privilegiata la proposta di operazioni in grado di rafforzare e dare impulso alla *green economy* ed alla *blue economy*, con le declinazioni proprie delle aree di specifico sviluppo regionale.

2. **Pari opportunità e non discriminazione.** In conformità all'art. 7 del Regolamento (UE) n.1303/2013 la struttura attuatrice richiede ai soggetti attuatori di dedicare particolare attenzione al sostegno alle persone a rischio di discriminazione per ragioni di razza, sesso, religione, età, disabilità, garantendone le pari possibilità di accesso alle operazioni finanziate.
Le verifiche svolte in loco garantiscono anche il controllo relativamente al rispetto dei principi di pari opportunità e non discriminazione. Da parte sua AdG si impegna in primo luogo a garantire che tutti i prodotti e i servizi cofinanziati dal FSE siano accessibili a tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione. Tale impegno comporta una esplicita crescita e presa di coscienza anche da parte del personale dell'amministrazione regionale, interessato a vario titolo alla gestione del POR. A questo fine è dedicata, nell'ambito dell'Asse 4 del POR, una ampia azione per il rafforzamento delle conoscenze delle normative regionali, nazionali e dell'Unione europea e delle politiche e strumenti attraverso cui migliorare ed ampliare l'efficacia di contrasto ad ogni forma di discriminazione, includendo, in questo ambito, anche la piena applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone disabili.

3. **PARITÀ TRA UOMINI E DONNE.** La Regione consapevole delle criticità che ancora interessano la questione di parità di genere, attraverso questo programma intende dare continuità e sviluppo alle politiche per la eliminazione di qualsiasi forma di discriminazione di genere e di sostegno ad un effettiva completa parità nelle opportunità tra uomini e donne.
I soggetti proponenti, nella individuazione delle operazioni da presentare alla struttura attuatrice, sono chiamati a valorizzare quelle operazioni che possano contribuire a favorire l'accesso o la permanenza delle donne negli ambiti lavorativi nei quali sono sottorappresentate.
Nel formulario di presentazione delle operazioni deve essere indicato:
a) l'eventuale presenza di uno specifico modulo formativo dedicato al tema delle pari opportunità

18. DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTA EFFETTIVA REALIZZAZIONE DELL'OPERAZIONE

1. Entro 60 giorni di calendario dalla conclusione dell'attività in senso stretto il soggetto attuatore deve presentare alla struttura attuatrice, via San Francesco 37, Trieste, ufficio protocollo, VI piano, la documentazione attestante l'avvenuta effettiva realizzazione dell'operazione.
2. Per quanto riguarda la parte dell'operazione gestita con l'applicazione della UCS 3 ed ai sensi di quanto previsto dall'articolo 26, comma 5 del Regolamento la documentazione di cui al capoverso 1 è costituita da:
   a) la relazione tecnico – fisica dell'operazione, da presentare con l'utilizzo del modello disponibile sul sito www.regione.fvg.it *formazione lavoro /formazione/area operatori/modulistica;*
   b) il registro di presenza allievi e altri registri eventualmente utilizzati;
   c) la documentazione concernente:
      1) la realizzazione dell'attività di pubblicizzazione e promozione dell'operazione;
      2) la realizzazione dell'attività di selezione degli allievi (ove pertinente);
      3) i curricula professionali del personale esterno impiegato nelle funzioni di ideazione e progettazione e di docenza;
      4) le lettere di incarico da parte del soggetto attuatore al personale esterno impiegato nelle funzioni di ideazione e progettazione e di docenza;
      5) la documentazione attestante il profilo professionale dei docenti interni;
      6) l'avvenuta consegna del materiale didattico agli allievi, qualora prevista;
      7) i timesheet relativi all'attività svolta dal direttore dell'operazione e dal personale impegnato nelle funzioni di coordinamento, tutoraggio;
      8) le convenzioni relative alla realizzazione dello stage (ove pertinente).
3. A seguito della verifica della relazione finale tecnico fisica dell'operazione e della documentazione connessa, la struttura attuatrice provvede alla erogazione del saldo, ove dovuto.

19. CONTROLLO E MONITORAGGIO

1. Il soggetto attuatore deve uniformarsi a tutte le indicazioni della struttura attuatrice in tema di controllo e monitoraggio delle operazioni.
2. Ai fini delle verifiche in loco, il soggetto attuatore deve inoltre assicurare la disponibilità di tutta la documentazione tecnico - didattica ed ogni altro tipo di documentazione presentata a sostegno dell'operazione oggetto di valutazione (es: accordi, lettere di sostegno, promozione pari opportunità, ecc…).

20. CHIUSURA DEL PROCEDIMENTO

1. Il termine ultimo per la chiusura del procedimento è fissato alla data del 31 dicembre 2022.

15_36_1_DDS_TUR_2772_1_TESTO

Decreto del Direttore del Servizio turismo 26 agosto 2015, n. 2772

LR 2/2002 - articoli 144, 146, 147 e 148 - DPReg. 23 aprile 2004, n. 0132/Pres. Regolamento di esecuzione - articoli 2, 3, 5, 6, 7 e 8 - Approvazione "Bando di indizione" per la partecipazione al corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci - Figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione" - anno formativo 2015/2016.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO il "Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali", approvato con Decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/Pres., e successive modificazioni ed integrazioni ;

RICHIAMATO il combinato disposto degli articoli 17 e 21, del DPReg./0277/Pres./2004, che disciplina le competenze del Direttore di Servizio ;

PREMESSO che la legge 24 dicembre 2003, n. 363 ("Norme in materia di sicurezza nella pratica degli sport invernali da discesa e da fondo") e successive modificazioni ed integrazioni, prevede all'articolo 3 l'obbligatorietà della messa in sicurezza delle piste di sci, ad opera dei gestori delle medesime aree sciabili ;

VISTA la legge regionale 15 dicembre 2006, n. 27 ("Norme in materia di gestione delle aree sciabili attrezzate e pratica degli sport sulla neve, in attuazione della legge 363/2003") e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare l'articolo 5, commi 1 e 2, in cui i gestori delle aree sciabili, in relazione all'apertura al pubblico, devono dotare giornalmente con un certo numero adeguato di addetti alla sicurezza, le aree sciabili stesse, per garantire l'opera di prevenzione, soccorso e sicurezza dell'attività sciatoria ;

VISTA la legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 ("Disciplina organica del turismo") e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito denominata legge regionale, recante al Titolo IX, Capo I, "Disciplina delle attività professionali di prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci", ed in particolare l'articolo 143, in cui vengono riconosciute tali attività ;

VISTO l'articolo 144, comma 1, della legge regionale, con cui viene istituito quale organismo di autodisciplina e di autogoverno della professione, il Collegio Regionale degli Operatori per la Prevenzione, Soccorso e Sicurezza sulle Piste di Sci del Friuli Venezia Giulia, di seguito denominato Collegio Regionale, con attribuzione delle specifiche competenze in capo al medesimo ;

VISTI, altresì, gli articoli 145 e 146 della legge regionale che regolano l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci, individuando e definendo le figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione", e che subordinano l'iscrizione al relativo albo professionale regionale al conseguimento dell'abilitazione tecnica, così come prevista dall'articolo 147, comma 1, della legge regionale, che richiede la frequenza di appositi corsi teorico-pratici formativi ed il superamento dei relativi esami finali dinnanzi ad una Commissione esaminatrice all'uopo costituita, ai sensi dell'articolo 148, comma 1, lettera b), della legge regionale medesima ;

TENUTO CONTO inoltre, che l'articolo 147, comma 2, della legge regionale, ha introdotto l'obbligo per le figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione", di partecipare ai corsi teorico-pratici formativi di aggiornamento professionale superando gli esami finali per poter svolgere la propria attività, pena la sospensione e la decadenza dell'iscrizione al relativo albo professionale regionale;

CONSIDERATO altresì, che in forza di quanto disposto dall'articolo 147, comma 3, della legge regionale, gli appositi corsi teorico-pratici formativi di abilitazione tecnica e di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci, così come i relativi esami finali, sono promossi dall'Amministrazione regionale, ed organizzati dal Collegio Regionale, almeno ogni due anni;

VISTO l'articolo 148, comma 1, della legge regionale, che demanda ad un successivo apposito regolamento regionale di esecuzione la disciplina dei requisiti di ammissione e le modalità di partecipazione,

svolgimento e durata, sia dei specifici corsi teorico-pratici formativi per il conseguimento dell'abilitazione tecnica, che quelli relativi all'aggiornamento professionale, come altresì la definizione dei programmi didattici e le materie di insegnamento, le modalità per sostenere le prove attitudinali tecnico-pratiche di selezione per l'ammissione ai corsi stessi, nonché le procedure inerenti lo svolgimento delle prove d'esame finali dei predetti corsi formativi, oltreché stabilire le caratteristiche per la composizione ed il funzionamento della Commissione esaminatrice preposta a sovrintendere ai predetti corsi, come oltremodo sancire la sospensione e la decadenza dell'iscrizione all'albo professionale regionale, per mancata frequenza o mancato superamento dei corsi di aggiornamento professionale, finalizzati all'esercizio della medesima professione;
VISTO pertanto il "Regolamento di esecuzione delle disposizioni di cui agli articoli 147 e 148 della legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 ("Disciplina organica del turismo") e successive modifiche, in materia di Operatori per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci", approvato con Decreto del Presidente della Regione 23 aprile 2004, n. 0132/Pres., così come da ultimo modificato ed integrato dal Decreto del Presidente della Regione 12 marzo 2013, n. 045/Pres., di seguito denominato regolamento di esecuzione ;
CONSIDERATI in particolare gli articoli 2, 3, 5, 6, 7 e 8 del suddetto regolamento di esecuzione, attinenti all'organizzazione e alle modalità di partecipazione ai corsi teorico-pratici formativi di aggiornamento professionale, alla definizione dei loro programmi e conseguente durata degli stessi, all'indicazione delle materie di insegnamento, alle disposizioni per lo svolgimento delle prove d'esame finali, alla descrizione della composizione della Commissione esaminatrice, nonché all'elencazione dei criteri previsti per la sospensione e decadenza dall'iscrizione all'albo professionale regionale per la mancata frequenza o per il mancato superamento dei medesimi corsi di aggiornamento professionale;
RICHIAMATO l'articolo 7 del citato regolamento di esecuzione, il quale prevede al comma 3, che i programmi dei corsi teorico-pratici formativi di aggiornamento professionale, siano definiti ed aggiornati dal Collegio Regionale in collaborazione con la Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali (Area attività produttive), sentite la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia e la Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali (Area risorse agricole e forestali);
VISTO il testo della bozza del "Bando di indizione" per l'anno formativo 2015/2016, con il relativo "Allegato A", per la partecipazione al corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci -figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione", predisposto dal Collegio Regionale e conseguentemente proposto alla Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali (Area attività produttive);
ATTESO, che ai sensi di quanto stabilito dall'articolo 7, comma 3, del regolamento di esecuzione, e previa richiesta di acquisizione dei prescritti pareri di competenza, inoltrata con nota prot. n. 61242/PRODRAF/TUR dd. 07/08/2015 si è espressa favorevolmente sul suddetto testo della bozza del "Bando di indizione" con il relativo "Allegato A":
- la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, con propria nota datata 12/08/2015;
- la Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali (Area risorse agricole e forestali), con propria nota datata 07/08/2015;
TENUTO CONTO che appare essenziale e fondamentale promuovere un corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale, destinato ai titolari in possesso della prevista abilitazione tecnica all'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci, e di conseguenza, delle figure professionali sopra richiamate;
RITENUTO conseguentemente necessario ed indispensabile, approvare il testo definitivo del "Bando di indizione" per l'anno formativo 2015/2016, con il relativo "Allegato A", per la partecipazione al corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci -figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione", così come predisposto dal Collegio Regionale e proposto alla Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali (Area attività produttive), in quanto corrispondente alle finalità della legge regionale, ed adeguato alle esigenze derivanti dagli obblighi introdotti dalla legge 363/2003, nonché dalla legge regionale 27/2006 ;

DECRETA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa e che si intendono qui integralmente richiamate, il testo definitivo del "Bando di indizione" per l'anno formativo 2015/2016, con il relativo "Allegato A", per la partecipazione al corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci -figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione", ai sensi degli articoli 144, 146, 147 e 148

della legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 ("Disciplina organica del turismo") e successive modificazioni ed integrazioni, ed in base agli articoli 2, 3, 5, 6, 7 e 8 del "Regolamento di esecuzione delle disposizioni di cui agli articoli 147 e 148 della legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 ("Disciplina organica del turismo") e successive modifiche, in materia di Operatori per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci", approvato con Decreto del Presidente della Regione 23 aprile 2004, n. 0132/Pres. e ss.mm.ii;
2. il testo definitivo del "Bando di indizione" per l'anno formativo 2015/2016, con il relativo "Allegato A", per la partecipazione al corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci -figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione" di cui al precedente punto 1., viene allegato al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;
3. i termini e le modalità di presentazione della domanda di partecipazione, per l'anno formativo 2015/2016, al corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci -figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione" di cui al precedente punto 1., sono espressamente specificati nel testo definitivo del "Bando di indizione";
4. di prendere atto che il presente decreto sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e sul sito ufficiale internet della Regione stessa.
Trieste, 26 agosto 2015

BRAVO

15_36_1_DDS_TUR_2772_2_ALL1

Bando di indizione per l'anno formativo 2015/2016 del Corso teorico-pratico di aggiornamento professionale per l'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci - figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione" ai sensi degli articoli 146, 147 e 148 della legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 (Disciplina organica del turismo) e successive modificazioni ed integrazioni, ed in base agli articoli 2, 7 ed 8 del "regolamento di esecuzione" approvato con Decreto del Presidente della Regione 23 aprile 2004, n. 0132/Pres., così come da ultimo modificato ed integrato dal Decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2014, n. 0230/Pres.

art. 1 indizione del Corso teorico-pratico di aggiornamento professionale per l'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci - figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione" - anno formativo 2015/2016

1. E' indetto con il presente bando, per l'anno formativo 2015/2016, il Corso teorico-pratico di aggiornamento professionale per l'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci - figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore" e "Coordinatore di stazione", di seguito denominato "corso di aggiornamento", promosso dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali - Servizio turismo ed organizzato dal Collegio Regionale degli Operatori per la Prevenzione, Soccorso e Sicurezza sulle Piste di Sci, di seguito denominato "Collegio Regionale", ai sensi degli articoli 146, 147 e 148 della legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 recante "Disciplina organica del turismo" e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito indicata anche come "legge regionale", ed in base agli articoli 2, 7 ed 8 del "Regolamento di esecuzione delle disposizioni di cui agli articoli 147 e 148 della legge regionale 16 gennaio 2002, n. 2 (Disciplina organica del turismo) e successive modifiche, in materia di Operatori per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci e di istruttori", di seguito denominato "regolamento di esecuzione", approvato con Decreto del Presidente della Regione 23 aprile 2004, n. 0132/Pres., così come da ultimo modificato ed integrato dal Decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2014, n. 0230/Pres..

art. 2 obbligo di frequenza del corso di aggiornamento e modalità per il superamento dell'esame finale

1. L'esercizio dell'attività professionale di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci è subordinato all'iscrizione all'Albo professionale regionale istituito presso il Collegio Regionale, come stabilito dall'articolo 145 della legge regionale.

2. Ai sensi degli articoli 147 della legge regionale, e 7 ed 8 del regolamento di esecuzione, i "Soccorritori", i "Pattugliatori" e i "Coordinatori di stazione" iscritti all'Albo professionale regionale sono tenuti a frequentare i corsi di aggiornamento organizzati dal Collegio Regionale almeno ogni due anni, superando il relativo esame finale, a pena di sospensione dell'iscrizione all'Albo professionale regionale in caso di mancata frequenza o di mancato superamento degli stessi nonché a pena di decadenza dell'iscrizione all'Albo professionale regionale in caso di ripetuta violazione dell'obbligo di aggiornamento.

3. Ai fini del rispetto dell'obbligo di aggiornamento professionale, di cui al precedente comma 2 del presente articolo, è necessaria la frequenza della totalità delle ore complessive di durata del corso di aggiornamento (è prevista un'assenza non superiore al 10 per cento del monte ore complessivo), di cui al successivo articolo 3, ed il superamento dell'esame finale dinnanzi alla Commissione esaminatrice prevista dall'articolo 148, comma 1, lettera b), della legge regionale e dall'articolo 6 del regolamento di esecuzione, costituita con Deliberazione della Giunta regionale.

4. I candidati partecipanti ammessi al corso di aggiornamento sono tenuti ad osservare un comportamento consono durante la frequenza e lo svolgimento delle lezioni d'insegnamento teorico-pratiche del percorso

formativo medesimo, restando in facoltà del Collegio Regionale la possibilità di prendere - in qualsiasi momento - nei confronti degli allievi partecipanti i provvedimenti che riterrà opportuni, non ultima la possibilità di non ammissione all'esame finale del corso di aggiornamento stesso.

art. 3 struttura e durata del corso di aggiornamento

1. Il corso di aggiornamento si compone di un modulo formativo di due giornate di almeno otto ore ciascuna di cui 4 elisoccorso e elicooperazione, 4 di BLSD, 4 di primo soccorso, 4 di tecniche di soccorso e trasporto, e prevede lezioni d'insegnamento a carattere teorico-pratico oltre ad esercitazioni pratiche e simulazioni d'intervento sul campo, aventi ad oggetto il programma didattico e le materie di insegnamento di cui al successivo articolo 4.

2. Al fine di favorire i candidati partecipanti - tenendo presente sia la disponibilità che la distribuzione territoriale degli stessi - il modulo formativo verrà svolto una prima volta e poi ripetuto una seconda, in luogo diverso, invertendo il programma didattico suddiviso nelle due giornate che lo compongono.

3. Per essere ammessi alla valutazione finale del corso di aggiornamento, i candidati partecipanti dovranno frequentare l'intero modulo formativo, di cui al precedente comma 1 del presente articolo, con un'assenza non superiore al 10 per cento del monte ore complessivo.

art. 4 programma didattico e materie di insegnamento del corso di aggiornamento

1. Le materie di insegnamento del programma didattico del corso di aggiornamento, saranno scelte tra quelle previste per ciascun "profilo professionale", in base a quanto stabilito per i corsi di abilitazione tecnica dall'articolo 3, comma 3, lettere a), b) e c) del regolamento di esecuzione.

art. 5 numero di partecipanti al corso di aggiornamento

1. Il numero massimo dei candidati partecipanti al corso di aggiornamento è di quaranta allievi, suddivisi in base alla "figura professionale" a cui è relativa l'abilitazione tecnica in loro possesso.

2. Con l'obiettivo di mantenere alti gli standard di insegnamento del percorso formativo del corso di aggiornamento, gli allievi partecipanti verranno suddivisi in più "squadre di lavoro".

art. 6 requisiti per la partecipazione al corso di aggiornamento

1. Il corso di aggiornamento è rivolto ai soggetti che hanno conseguito l'abilitazione tecnica all'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci - figure professionali di "Soccorritore" o di "Pattugliatore" o di "Coordinatore di stazione", di cui all'articolo 147 della legge regionale, che costituisce requisito di partecipazione.

2. Sono ammessi a partecipare al corso di aggiornamento anche i

soggetti abilitati ai sensi del precedente comma 1 del presente articolo, ma non regolarmente iscritti all'Albo professionale regionale, fermo restando che - per quanto precisato al precedente articolo 2, comma 2 - in caso di un numero di domande superiore al numero dei posti disponibili, sarà data preferenza ai richiedenti che risultino iscritti all'Albo professionale regionale, di cui all'articolo 145 della legge regionale.

3. Il possesso dell'abilitazione tecnica delle singole "figure professionali", di cui al precedente comma 1 del presente articolo, è comprovato da parte dei titolari che presentano la domanda di partecipazione al corso di aggiornamento con una "Dichiarazione sostitutiva di certificazione" (autocertificazione), compilata e sottoscritta ai sensi degli articoli 38 e 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 recante "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e successive modificazioni ed integrazioni, utilizzando il modello fornito con il fac-simile per la domanda, di cui all' "ALLEGATO A", così come precisato al successivo articolo 7.

art. 7 domanda di partecipazione al corso di aggiornamento

1. La domanda di partecipazione al corso di aggiornamento deve essere redatta **in carta semplice e sottoscritta, compilando in ogni parte pertinente il fac-simile dell' "ALLEGATO A" al presente bando**, di cui fa parte integrante, che include la "Dichiarazione sostitutiva di certificazione" (autocertificazione), ai sensi degli articoli 38 e 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 recante "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e successive modificazioni ed integrazioni, sul possesso dell'abilitazione tecnica che costituisce il requisito di ammissione al corso di aggiornamento previsto al precedente articolo 6, comma 1.

Alla domanda di partecipazione al corso di aggiornamento va allegata **una fotocopia di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità** (ad esempio: carta d'identità, passaporto, ecc.).

2. La domanda di partecipazione al corso di aggiornamento, completa della documentazione di cui al precedente comma 1 del presente articolo, dovrà pervenire **con consegna a mano, o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento**, all'indirizzo della Segreteria del Collegio Regionale degli Operatori per la Prevenzione, Soccorso e Sicurezza sulle Piste di Sci - Via Rovigno n. 5 - 34145 - Trieste, entro e non oltre il termine ultimo di **quindici giorni** dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (B.U.R.).

Successivamente alla scadenza del termine ultimo, tutte le domande di partecipazione al corso di aggiornamento pervenute all'indirizzo del Collegio Regionale, verranno inoltrate a cura dello stesso, alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali - Servizio turismo.

3. La data di ricevimento della domanda di partecipazione al corso di

aggiornamento è comprovata dal timbro di arrivo apposto sulla stessa a cura del Collegio Regionale.

4. Se la domanda di partecipazione al corso di aggiornamento viene inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, ai fini del rispetto del termine ultimo di cui al precedente comma 2 del presente articolo, fa fede la data del timbro postale di spedizione e deve pervenire al massimo **entro i quindici giorni successivi** dalla data di scadenza del medesimo termine ultimo.

5. Nella domanda di partecipazione al corso di aggiornamento, i candidati devono dichiarare, se diverso dalla residenza, il recapito - con l'indirizzo completo, il numero di telefono di rete fissa e/o il "cellulare" e l'indirizzo di posta elettronica - che desiderano sia utilizzato per ogni necessaria comunicazione relativa al corso di aggiornamento stesso, con l'impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

6. In relazione alle domande di partecipazione al corso di aggiornamento, ma anche ad ogni altra comunicazione prevista dal presente bando, il Collegio Regionale non assume alcuna responsabilità in caso di smarrimento delle stesse, o di comunicazioni successive, dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato partecipante, o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o fatti comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

7. Gli uffici si riservano di procedere, ai sensi dell'articolo 71, comma 1 del citato D.P.R. 445/2000, a controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese e sottoscritte nelle domande di partecipazione al corso di aggiornamento.

Ferme restando le conseguenze penali (articolo 76 del D.P.R. 445/2000), qualora emerga da successivi controlli la non veridicità del contenuto delle "Dichiarazioni sostitutive di certificazione" (autocertificazioni) rese dal candidato partecipante, egli decade - ex articolo 75 del D.P.R. 445/2000 - dall'ammissione al corso di aggiornamento e dall'eventuale superamento dell'esame finale.

art. 8 informativa sul trattamento dei dati personali

1. Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni ed integrazioni, per quanto riguarda il trattamento dei dati effettuati da parte degli Uffici regionali, si rende noto che i dati personali, indicati dal candidato nella domanda di partecipazione al corso di aggiornamento, saranno raccolti presso la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali - Servizio turismo - Via Trento n. 2 - 34132 - Trieste.

Titolare del trattamento è la Direzione centrale attività produttive, commercio, cooperazione, risorse agricole e forestali; responsabile del trattamento è il Direttore *pro tempore* del Servizio turismo; responsabile della sicurezza del trattamento dei dati effettuati con l'ausilio di mezzi

elettronici e/o comunque automatizzati è la Società Insiel S.p.A. - Informatica per il Sistema degli Enti Locali - Via San Francesco n. 43 - 34133 - Trieste, restando affidata alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Direzione generale - Piazza dell'Unità d'Italia n. 1 - 34121 - Trieste, la vigilanza sulla sicurezza e la conservazione dei dati soggetti a tali trattamenti.

I dati saranno raccolti e trattati anche presso il Collegio Regionale, autonomo titolare del trattamento nella persona del Presidente *pro tempore*.

I dati conferiti saranno oggetto di trattamento, con strumenti anche informatici, per le finalità attinenti all'ammissione, alla partecipazione e allo svolgimento del corso di aggiornamento e del conseguente esame finale.

2. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione al corso di aggiornamento, pena l'esclusione dalla procedura.

L'interessato gode dei diritti di cui all'articolo 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, tra cui il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano, ed alcuni diritti complementari come il diritto di ottenere l'aggiornamento e/o la rettifica dei dati stessi.

art. 9 istruttoria sulle domande di partecipazione al corso di aggiornamento

1. L'istruttoria sulle singole domande di partecipazione al corso di aggiornamento verrà eseguita dal Collegio Regionale.

2. Le domande di partecipazione al corso di aggiornamento spedite e pervenute oltre i termini di cui al precedente articolo 7, commi 2 e 4, sono considerate irricevibili.

3. Ai candidati non ammessi al corso di aggiornamento per mancanza dei requisiti di partecipazione, irricevibilità della domanda o mancata regolarizzazione della stessa nei termini assegnati ai sensi del successivo comma 4 del presente articolo, il Collegio Regionale dà comunicazione dei motivi di esclusione al recapito indicato dal candidato nella domanda di partecipazione al corso di aggiornamento, di cui all'articolo 7, comma 5, tramite contatto telefonico o con altri mezzi ritenuti idonei.

4. Fatta eccezione per le generalità e la sottoscrizione, la cui mancanza rende nulla la domanda di partecipazione al corso di aggiornamento, l'incompletezza della domanda stessa e/o dei suoi allegati non determina l'esclusione dalla procedura, ma la medesima domanda va regolarizzata su richiesta del Collegio Regionale entro il termine da questo comunicato, mediante la produzione di dichiarazioni integrative debitamente sottoscritte e/o della documentazione mancante.

art. 10 quota di partecipazione al corso di aggiornamento

1. La quota di partecipazione al corso di aggiornamento, comprensiva

del costo della copertura assicurativa, è stabilita in Euro 100,00.- (cento/00).

2. Sono escluse le spese relative allo ski-pass, al vitto e all'alloggio, che restano pertanto a carico del candidato partecipante.

3. I candidati partecipanti ammessi al corso di aggiornamento, dovranno provvedere entro **dieci giorni** dal ricevimento della comunicazione di ammissione al corso stesso, al versamento della relativa quota di partecipazione di cui al precedente comma 1 del presente articolo, sul conto corrente bancario intestato al Collegio Regionale degli Operatori per la Prevenzione, Soccorso e Sicurezza sulle Piste di Sci, di seguito indicato :

Banca Popolare di Vicenza
Filiale di Azzano Decimo (Pordenone)
Codice C I N : I
Codice A B I : 05728
Codice C A B : 64780
Conto corrente bancario n. : 463987
Codice IBAN : IT 89 I 05728 64780 742570463987

art. 11 luogo, sede, date ed ore di svolgimento del corso di aggiornamento

1. Il corso di aggiornamento si svolgerà in località del territorio della Regione Friuli Venezia Giulia, dotate di una sede adeguatamente attrezzata.

2. Il luogo, la sede, nonché le date e gli orari di svolgimento delle lezioni d'insegnamento teorico-pratiche del corso di aggiornamento, saranno comunicati ai singoli candidati partecipanti ammessi al corso stesso, tramite contatto telefonico o con altri mezzi ritenuti idonei, al recapito indicato dai medesimi candidati nelle domande di partecipazione al corso di aggiornamento, di cui all'articolo 7, comma 5.

art. 12 esame finale del corso di aggiornamento

1. All'esame finale del corso di aggiornamento sono ammessi gli allievi che hanno partecipato regolarmente al corso - con la frequenza della totalità delle ore complessive di durata del medesimo (e con un'assenza non superiore al 10 per cento del monte ore complessivo) - ai sensi di quanto stabilito ai precedenti articoli 2, comma 3, e 3, comma 3.

2. L'esame finale del corso di aggiornamento è articolato in una prova scritta o in un colloquio orale, e in una prova pratica, aventi ad oggetto il programma didattico e le materie di insegnamento teorico-pratico del corso di aggiornamento, di cui al precedente articolo 4, e si svolge dopo il completamento del corso medesimo, dinnanzi alla Commissione esaminatrice..

3. Agli allievi che avranno superato l'esame finale del corso di aggiornamento, verrà rilasciato un attestato di superamento dell'esame finale, atto a convalidare la qualifica precedentemente ottenuta.

4. Agli allievi che non avranno superato l'esame finale del corso di aggiornamento, verrà comunque rilasciato un attestato di frequenza, non idoneo ai fini dell'iscrizione all'Albo professionale regionale degli Operatori per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci (vedasi articolo 8 del regolamento di esecuzione).

15_36_1_DDS_TUR_2772_3_ALL2

("ALLEGATO A")

(Si prega di scrivere in modo chiaro e possibilmente in stampatello)

Spettabile
Segreteria del Collegio Regionale degli
Operatori per la Prevenzione, Soccorso e Sicurezza sulle Piste di Sci
Via Rovigno n. 5
34145 - T R I E S T E

Oggetto: Domanda di partecipazione al Corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per Operatori per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci - figure professionali di "Soccorritore", "Pattugliatore e "Coordinatore di stazione", per l'anno formativo 2015/2016.

Il/La sottoscritto/a ____
(cognome e nome)

nato/a a ____________________ prov. (____) il ____________________
(luogo o località di nascita) *(sigla)* *(gg – mm – aa)*

e residente a ____ prov. (_____)
(Comune, luogo o località di residenza compreso il codice di avviamento postale) *(sigla)*

in ____ .
(indicare l'indirizzo completo - Via o Piazza e numero civico)

C H I E D E

di partecipare al Corso teorico-pratico formativo di aggiornamento professionale per l'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci, per l'anno formativo 2015/2016.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 38 e 46 del medesimo Decreto, con finalità di "Dichiarazione sostitutiva di certificazione" (autocertificazione),

D I C H I A R A

(fra più ipotesi, barrare quella di proprio interesse)

1. *(la dichiarazione va resa da tutti i richiedenti)* di aver conseguito in data __________________ l'abilitazione *(gg – mm – aa)* tecnica all'esercizio dell'attività di Operatore per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci, di cui all'articolo 147 della legge regionale 2/2002, per la figura professionale di *(segnare con una crocetta la parentesi di fianco corrispondente all'abilitazione tecnica di cui si è in possesso)* :

   ( ) Soccorritore ( ) Pattugliatore ( ) Coordinatore di stazione

2. *(eventuale)* di essere regolarmente iscritto all'Albo regionale degli Operatori per la prevenzione, soccorso e sicurezza sulle piste di sci, di cui all'articolo 145 della legge regionale 2/2002, al numero _________________ ;
   (indicare il numero di matricola)

(le dichiarazioni seguenti devono essere rese da tutti i candidati)

3. di aver preso conoscenza delle disposizioni del "Bando di indizione" del corso di aggiornamento professionale, per l'anno formativo 2015/2016 ;
4. di aver preso conoscenza, in particolare, dell'informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni ed integrazioni) contenuta nel "Bando di indizione" del corso di aggiornamento professionale per l'anno formativo 2015/2016, e di prestare il proprio consenso al trattamento dei medesimi dati personali;
5. di indicare il seguente indirizzo quale recapito per la ricezione di ogni comunicazione relativa al corso di aggiornamento professionale, indetto per il biennio formativo 2015/2016 :

   SIG. ____

   VIA/PIAZZA ____________________________________ N. ____________

   C.A.P. ____________ COMUNE/LOCALITÀ ______________________ PROV. _________

   TELEFONO FISSO E/O CELLULARE ______________________________________

   INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (e-mail) ____________________________

A L L E G A : Fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'articolo 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

(luogo e data) (firma per esteso e leggibile da non autenticare)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'articolo 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

15_36_1_DPO_CACCIA RIS ITT_2776_1_TESTO

Decreto del Responsabile delegato di posizione organizzativa "Trattazione attività connesse alla gestione venatoria" del Servizio caccia e risorse ittiche 27 agosto 2015, n. 2776

LR n. 6/2008, art. 32. DPReg. 7 dicembre 2009, n. 0339/Pres. Annullamento decreto n. 2309 del 17 luglio 2015. Approvazione della nuova graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di Duino, annata venatoria 2015/2016.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA

VISTA la legge regionale 6 marzo 2008, n. 6 "Disposizioni per la programmazione faunistica e per l'esercizio dell'attività venatoria" e, in particolare, l'articolo 40, comma 13, che attribuisce alla Regione, in via transitoria, l'esercizio di alcune delle funzioni di cui all'articolo 20 della medesima legge, tra le quali l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alle Riserve di caccia;
VISTO il "Regolamento recante modalità per l'esercizio delle funzioni conferite alla Regione e criteri per il rilascio dei permessi annuali di caccia in esecuzione dell'art. 33 bis, dell'articolo 39, comma 1, lettera g), e dell'articolo 40, comma 13, della legge regionale 6 marzo 2008, n. 6 (Disposizioni per la programmazione faunistica e per l'esercizio dell'attività venatoria)", emanato con D.P.Reg. 7 dicembre 2009, n. 0339/Pres.;
VISTA la nota del 1 aprile 2015, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 17 del 29 aprile 2015, con la quale è stato avviato il procedimento amministrativo per l'approvazione delle graduatorie di ammissione e trasferimento dei cacciatori nelle Riserve di caccia del Friuli Venezia Giulia, annata venatoria 2015/2016, così come previsto dall'articolo 8, comma 1, del D.P.Reg. 0339/2009;
VALUTATE, ai sensi dell'art. 32 della L.R. n. 6/2008 e degli articoli 4, 5, 6, 7 e 8 del D.P.Reg. 0339/2009, le domande di ammissione e di trasferimento alle singole Riserve di caccia del Friuli Venezia Giulia pervenute al Servizio caccia e risorse ittiche per l'annata venatoria 2015/2016;
VISTA la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 16 bis, della legge regionale 20 marzo 2000, n. 7 e dell'art. 8, comma 2, del D.P.Reg. 0339/2009, a tutti i soggetti nelle cui domande di ammissione o trasferimento a Riserva di caccia sono state rilevate delle irregolarità o sono risultate incomplete;
RILEVATO che detta comunicazione ha assegnato un termine di dieci giorni per la regolarizzazione e l'integrazione delle domande medesime indicando le cause delle irregolarità ravvisate e le parti che necessitano di integrazione;
VISTO il proprio decreto n. 2154 di data 10 luglio 2015 con il quale è stato approvato l'elenco delle domande non accolte;
PRESO ATTO che, a seguito di un ulteriore controllo dei requisiti attribuiti ai candidati che hanno presentato la domanda per la Riserva di caccia di Duino, è stato riscontrato l'errore materiale di trascrizione della modalità di attribuzione dei posti rimasti liberi successivamente all'applicazione dei criteri di priorità di cui all'art.6, comma 1 del Regolamento emanato con D.P.Reg. 339/2009; Verificato che il signor Krmac Stellio rientra nella fattispecie di cui all'art.6, comma 2, del D.P.Reg. 0339/2009 ed è quindi ammissibili al cinquanta per cento dei posti disponibili della Riserva di caccia di Duino;
VALUTATA quindi, alla luce delle nuove risultanze, la domanda di ammissione alla riserva di caccia di Duino presentata dal signor Krmac Stellio;
VISTO l'articolo 21- nonies della legge 7 agosto 1990, n. 241;
RITENUTO di annullare, a seguito del suddetto errore materiale, il decreto di approvazione della graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla riserva di caccia di Duino n. 2309 del 17 luglio 2015 del Responsabile delegato di posizione organizzativa " Trattazione attività connesse alla gestione venatoria";
RITENUTO di approvare, per l'annata venatoria 2015/2016, la graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di DUINO così come di seguito riportata;
VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali, approvato con D.P.Reg. 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche e integrazioni, ed in particolare l'articolo 37 concernente le posizioni organizzative;
PRESO ATTO che con decreto del Direttore Centrale del 13 marzo 2015, n. 714/PRODRAF, è stato conferito l'incarico di posizione organizzativa "Trattazione attività connesse alla gestione venatoria" del Servizio caccia e risorse ittiche al dott. Dario Colombi con scadenza 31.12.2015;

DECRETA

1. Ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, per le ragioni di cui in premessa, si dispone di annullare il decreto del Responsabile delegato di posizione organizzativa "Trattazione attività connesse alla gestione venatoria" n. 2309 del 17 luglio 2015 relativo all'approvazione della graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di Duino, a.v. 2015/2016;
2. ai sensi e per gli effetti dell'articolo 32, della L.R. 6/2008 e dell'articolo 8, comma 3, del D.P.Reg. 7 dicembre 2009, n.0339/Pres., è approvata la nuova graduatoria, annata venatoria 2015/2016, relativa all'ammissione e al trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di DUINO.

Ammissibili al cento per cento dei posti disponibili:
1. PAHOR MARKO
2. PAHOR EUGENIO

Ai sensi dell'art. 6, comma 2, del D.P.Reg. 0339/2009 sono ammissibili al cinquanta per cento dei posti disponibili
3. KRMAC STELLIO

Il presente decreto verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.
Avverso il presente decreto potrà essere presentato ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione sul BUR.
Trieste, 27 agosto 2015

COLOMBI

15_36_1_DPO_CACCIA RIS ITT_2777_1_TESTO

Decreto del Responsabile delegato di posizione organizzativa "Trattazione attività connesse alla gestione venatoria" del Servizio caccia e risorse ittiche 27 agosto 2015, n. 2777

LR n. 6/2008, art. 32. - DPReg. 7 dicembre 2009, n. 0339/Pres. Annullamento decreto n. 2418 del 17 luglio 2015. Approvazione della nuova graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di San Floriano del Collio, annata venatoria 2015/2016.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA

VISTA la legge regionale 6 marzo 2008, n. 6 "Disposizioni per la programmazione faunistica e per l'esercizio dell'attività venatoria" e, in particolare, l'articolo 40, comma 13, che attribuisce alla Regione, in via transitoria, l'esercizio di alcune delle funzioni di cui all'articolo 20 della medesima legge, tra le quali l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alle Riserve di caccia;
VISTO il "Regolamento recante modalità per l'esercizio delle funzioni conferite alla Regione e criteri per il rilascio dei permessi annuali di caccia in esecuzione dell'art. 33 bis, dell'articolo 39, comma 1, lettera g), e dell'articolo 40, comma 13, della legge regionale 6 marzo 2008, n. 6 (Disposizioni per la programmazione faunistica e per l'esercizio dell'attività venatoria)", emanato con D.P.Reg. 7 dicembre 2009, n. 0339/Pres.;
VISTA la nota del 1 aprile 2015, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 17 del 29 aprile 2015, con la quale è stato avviato il procedimento amministrativo per l'approvazione delle graduatorie di ammissione e trasferimento dei cacciatori nelle Riserve di caccia del Friuli Venezia Giulia, annata venatoria 2015/2016, così come previsto dall'articolo 8, comma 1, del D.P.Reg. 0339/2009;
VALUTATE, ai sensi dell'art. 32 della L.R. n. 6/2008 e degli articoli 4, 5, 6, 7 e 8 del D.P.Reg. 0339/2009, le domande di ammissione e di trasferimento alle singole Riserve di caccia del Friuli Venezia Giulia pervenute al Servizio caccia e risorse ittiche per l'annata venatoria 2015/2016;
VISTA la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 16 bis, della legge regionale 20 marzo 2000, n. 7 e dell'art. 8, comma 2, del D.P.Reg. 0339/2009, a tutti i soggetti nelle cui domande di ammissione o trasferimento a Riserva di caccia sono state rilevate delle irregolarità o sono risultate incomplete;

RILEVATO che detta comunicazione ha assegnato un termine di dieci giorni per la regolarizzazione e l'integrazione delle domande medesime indicando le cause delle irregolarità ravvisate e le parti che necessitano di integrazione;
VISTO il proprio decreto n. 2154 di data 10 luglio 2015 con il quale è stato approvato l'elenco delle domande non accolte;
PRESO ATTO che, a seguito di un ulteriore controllo dei requisiti attribuiti ai candidati che hanno presentato la domanda per la Riserva di caccia di San Floriano del Collio, è stato riscontrato l'errore materiale di attribuzione alla domanda presentata dal signor Hlede Paolo dei cinque anni di residenza nel Comune su cui insiste il territorio della Riserva di caccia di San Floriano del Collio in applicazione dei criteri di priorità di cui all'art.5, comma 1, lett. a) del Regolamento emanato con D.P.Reg. 339/2009 anziché della lettera e) del medesimo articolo;
VERIFICATO che i requisiti dichiarati dal signor Hlede Paolo rientrano nella fattispecie di cui all'art.5, comma 1, lett. e) in applicazione della priorità di collocazione in graduatoria per coloro che sono residenti da meno cinque anni nel Comune sul cui territorio insiste la Riserva di caccia in cui chiedono l'ammissione e mai ammessi o assegnati a una Riserva di caccia;
VALUTATA quindi, alla luce delle nuove risultanze, la domanda di ammissione alla riserva di caccia di San Floriano del Collio presentata dal signor Hlede Paolo;
VISTO l'articolo 21- nonies della legge 7 agosto 1990, n. 241;
RITENUTO di annullare, a seguito del suddetto errore materiale, il decreto di approvazione della graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla riserva di caccia di San Floriano del Collio n. 2418 del 17 luglio 2015 del Responsabile delegato di posizione organizzativa " Trattazione attività connesse alla gestione venatoria";
RITENUTO di approvare, per l'annata venatoria 2015/2016, la graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di San Floriano del Collio così come di seguito riportata;
VISTO il Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali, approvato con D.P.Reg. 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche e integrazioni, ed in particolare l'articolo 37 concernente le posizioni organizzative;
PRESO ATTO che con decreto del Direttore Centrale del 13 marzo 2015, n. 714/PRODRAF, è stato conferito l'incarico di posizione organizzativa "Trattazione attività connesse alla gestione venatoria" del Servizio caccia e risorse ittiche al dott. Dario Colombi con scadenza 31.12.2015;

DECRETA

1. Ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, per le ragioni di cui in premessa, si dispone di annullare il decreto del Responsabile delegato di posizione organizzativa "Trattazione attività connesse alla gestione venatoria" n. 2418 del 17 luglio 2015 relativo all'approvazione della graduatoria per l'ammissione e il trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di San Floriano del Collio, a.v. 2015/2016;
2. ai sensi e per gli effetti dell'articolo 32, della L.R. 6/2008 e dell'articolo 8, comma 3, del D.P.Reg. 7 dicembre 2009, n.0339/Pres., è approvata la nuova graduatoria, annata venatoria 2015/2016, relativa all'ammissione e al trasferimento dei cacciatori alla Riserva di caccia di San Floriano del Collio.

Ammissibili al cento per cento dei posti disponibili:
1. PIPAN MATIJA
2. PINTAR MARTIN
3. HLEDE PAOLO

Il presente decreto verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.
Avverso il presente decreto potrà essere presentato ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione sul BUR.
Trieste, 27 agosto 2015

COLOMBI

15_36_1_DGR_1676_1_TESTO

Deliberazione della Giunta regionale 28 agosto 2015, n. 1676

Recepimento Piano nazionale sulla malattia diabetica ed approvazione atti di indirizzo regionali sull'assistenza alle persone con diabete.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la Legge n. 115 del 16 marzo 1987 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito", che definisce la malattia diabetica una patologia di alto interesse sociale sia per la dimensione epidemiologica che per i costi sociali ad essa correlati e che stabilisce il rafforzamento dell'inclusione sociale delle persone affette da diabete mellito in ambito lavorativo, scolastico e ludico motorio al pari dalle persone che non ne sono affette;
VISTO l'art. 5 della citata norma che stabilisce, al fine di assicurare un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale, i criteri organizzativi e di assistenza sanitaria rivolta alle persone affette da diabete mellito;
VISTA la legge regionale 27 giugno 1990 n. 28: "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito nella Regione autonoma Friuli Venezia Giulia" che ha previsto interventi di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi precoce, miglioramento delle cure e agevolazioni di carattere sociale nei confronti delle persone con diabete, oltre che di formazione del personale sanitario;
PRESO ATTO che il DM n. 329/1999 recante "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124" tra le condizioni e le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", include per la rilevanza e l'elevato impatto sociale anche il diabete mellito;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni e integrazioni, che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;
VISTO l'Accordo sancito in data 6 dicembre 2012 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome recante il "Piano sulla malattia diabetica " (Repertorio Atti n.: 233/CSR);
PRESO ATTO che alla stesura del Piano nazionale sulla malattia diabetica oltre alle istituzioni hanno preso parte le società scientifiche della diabetologia e della medicina generale, le associazioni dei pazienti e ogni soggetto interessato e che tale atto di indirizzo ha pertanto tenuto conto delle diverse prospettive ed esigenze che ruotano attorno a tale patologia;
ATTESO che il summenzionato Accordo prevede, tra l'altro, obiettivi strategici in linea con la normativa nazionale di riferimento ed, in particolare, individua quali elementi cardine nella cura della patologia diabetica proprio la prevenzione dell'insorgenza della malattia e delle complicanze, la gestione integrata tra medici di medicina generale e specialisti, la definizione di percorsi assistenziali nel diabete in gravidanza, nell'età evolutiva e in altri fondamentali setting di cura;
PRESO ATTO che il la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome su proposta del Ministero della Salute in data 13 novembre 2014 ha approvato il "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018" (Repertorio Atti n. 156/CSR);
CONSIDERATO che nel predetto Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, tra i macro-obiettivi è inclusa la prevenzione delle malattie cardiovascolari ed in particolare viene evidenziato l'impatto della malattia diabetica sulle cronicità ed invalidità dei prossimi decenni e ne viene fortemente raccomandata la prevenzione sulla base di strategie consolidate che riguardano in particolar modo gli stili di vita ed il mantenimento del buono stato di salute fin dalla giovane età;
RILEVATO che con DGR 2305/2013 sono state approvate le linee per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2014 e che sul tema dell'assistenza alle persone con diabete sono state tra l'altro previste specifiche linee di attività che prevedono l'adozione da parte delle Aziende sanitarie di percorsi definiti a livello regionale;
VALUTATO che con DGR 394/2015 sono state approvate le linee per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2015 e che relativamente al tema del diabete sono state ribadite le linee di priorità già fissate con il precedente atto di indirizzo;
PRESO ATTO che la Deliberazione giuntale di cui al punto precedente prevede inoltre che i centri di assistenza primaria dovranno sviluppare l'assistenza integrata delle patologie croniche prevalenti mediante gestione dei percorsi assistenziali integrati dei pazienti cronici sulla base di linee guida con particolare riferimento al diabete;
ATTESO che il medesimo atto di programmazione sanitaria per l'anno 2015 ha fissato tra gli obiettivi di salute e di governo del sistema, il miglioramento della salute attraverso la gestione integrata delle malattie croniche con particolare riferimento al diabete;
PRESO ATTO che al fine di dare attuazione a quanto stabilito dal documento nazionale "Piano sulla malattia diabetica" con Decreto del Direttore Centrale 952/2014 della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia è stato istituito il "Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica";

ATTESO che il Tavolo tecnico di cui sopra è costituito oltre che da professionisti della sanità regionale anche dai rappresentanti delle cure primarie, delle farmacie e dai referenti delle associazioni dei pazienti diabetici;
VALUTATO che nell'ambito delle attività avviate dal Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica rientrano tematiche centrali previste dal Piano nazionale sulla malattia diabetica quali tra le altre l'assistenza integrata alla persona con diabete, il tema del diabete gestazionale, la prevenzione, la qualità delle cure rivolte alle persone diabetiche;
VALUTATO che nell'ambito del Tavolo tecnico sopra citato sono stati elaborati specifici documenti di indirizzo in merito all'assistenza integrata alle persone con diabete e al diabete gestazionale per rendere omogenei i percorsi assistenziali su tutto il territorio regionale ed assicurare un'assistenza basata sui migliori standard di cura;
CONSIDERATA l'importanza strategica della prevenzione e della gestione della malattia diabetica al fine di assicurare idonei profili di salute ai cittadini della regione ed assicurare nel contempo la sostenibilità del sistema;
TENUTO CONTO che il Piano nazionale sulla malattia diabetica rappresenta l'atto di indirizzo fondamentale per la programmazione delle iniziative, peraltro già avviate dalla regione Friuli Venezia Giulia proprio sulla scorta del medesimo Piano, in tema di assistenza alle persone diabetiche;
RITENUTO pertanto di:
a) recepire il documento di indirizzo nazionale "Piano sulla malattia diabetica" di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di data 6 dicembre 2012(Repertorio Atti n. 233/CSR) - Allegato 1-;
b) approvare i documenti elaborati dal Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica di seguito elencati:
- "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza Integrata alla Persona con Diabete"-Allegato 2
- "Il diabete gestazionale -documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale"- Allegato 3;
c) stabilire che il Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica, con il coordinamento della Direzione centrale salute integrazioni sociosanitaria politiche sociali e famiglia, provveda ad elaborare le necessarie iniziative per dare ulteriore progressiva attuazione, in ambito regionale, al Piano di cui al punto a) della presente deliberazione, dando in particolar modo corso a iniziative sui temi della prevenzione del diabete e delle sue complicanze e al diabete nell'età evolutiva, anche attraverso progettualità specifiche che assicurino il coinvolgimento dei cittadini, delle associazioni dei pazienti, delle Aziende del servizio sanitario regionale, dei dipartimenti di prevenzione, dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, delle farmacie aperte al pubblico e dei sanitari direttamente interessati;
d) di stabilire che le Aziende del servizio sanitario regionale diano pronta attuazione alle indicazioni fissate dai documenti di cui al punto b) della presente deliberazione e a quelle di volta in volta proposte dal Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica, approvate dalla Direzione centrale salute integrazioni sociosanitaria politiche sociali e famiglia;
e) di stabilire che gli Enti del SSR, anche in sinergia tra di loro, attivino, per gli anni 2015 e 2016, corsi di formazione sui documenti di indirizzo regionale di cui al punto 2. della presente deliberazione, garantendo la partecipazione dei sanitari interessati;
SU PROPOSTA dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, all'unanimità,

DELIBERA

1. di recepire, quale parte integrante della presente deliberazione, il documento di indirizzo nazionale "Piano sulla malattia diabetica" di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di data 6 dicembre 2012(Repertorio Atti n. 233/CSR) - Allegato 1-;
2. di approvare, quale parte integrante della presente deliberazione, i documenti elaborati dal Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica, di seguito elencati:
- "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza Integrata alla Persona con Diabete"- Allegato 2;
- "Il diabete gestazionale - documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale"-Allegato 3;

3. stabilire che il Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazioni sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, provveda ad elaborare le necessarie iniziative per dare ulteriore progressiva attuazione, in ambito regionale, al Piano di cui al punto 1. della presente deliberazione, dando in particolar modo corso a iniziative sui temi della prevenzione del diabete e delle sue complicanze e al diabete nell'età evolutiva, anche attraverso progettualità specifiche che assicurino il coinvolgimento dei cittadini, delle associazioni dei pazienti, delle Aziende del servizio sanitario regionale, dei dipartimenti di prevenzione, dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, delle farmacie aperte al pubblico e dei sanitari direttamente interessati;
4. di stabilire che le Aziende del servizio sanitario regionale diano pronta attuazione alle indicazioni fissate dai documenti di cui al punto 2. della presente deliberazione e a quelle di volta in volta proposte dal

Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica, approvate dalla Direzione centrale salute integrazioni sociosanitaria politiche sociali e famiglia;
5. di stabilire che gli Enti del SSR, anche in sinergia tra di loro, attivino, per gli anni 2015 e 2016, corsi di formazione sui documenti di indirizzo regionale di cui al punto 2. della presente deliberazione, garantendo la partecipazione dei sanitari interessati;
6. la presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia.

IL PRESIDENTE: SERRACCHIANI
IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

15_36_1_DGR_1676_2_ALL1

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

INDICE

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1.1 Introduzione

L'assistenza alle persone con diabete rappresenta, in tutto il mondo sviluppato e, ormai, anche nei Paesi in via di sviluppo, uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute.
Ciò va ben al di là del significato della cura della singola malattia, ma piuttosto rappresenta quasi un paradigma del modello di assistenza alla cronicità, che, nella maggior parte delle realtà mondiali, appare oggi epidemiologicamente prevalente.
Nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti. La Medicina Basata sull'Evidenza ha indicato con chiarezza gli elementi efficaci nel contrasto dell'insorgenza delle patologie correlate al diabete, e, su tali evidenze, i maggiori sistemi hanno tentato di modellarsi. È oggi universalmente riconosciuto che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con l'attivo coinvolgimento delle persone con diabete, può essere in grado di ottenere i risultati migliori.
Il Piano sulla malattia diabetica illustra le principali vie per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia e delle complicanze, sul miglioramento dell'assistenza e degli esiti.
Pur dovendosi concentrare prevalentemente sugli aspetti relativi alla diagnosi e alla cura non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione primaria ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, sulla quale si richiama l'attenzione delle Regioni e verso cui si stanno indirizzando i Piani nazionali di prevenzione e il programma "Guadagnare Salute".
All'interno del Piano sono definiti obiettivi, generali e specifici, strategie e linee di indirizzo prioritarie. Vengono pure disegnate alcune modalità di assistenza alle persone con diabete. Tutto questo nella convinzione che tali indirizzi possano ridurre il peso della malattia con un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, e con una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario.
Vengono infine indicate alcune aree ritenute allo stato prioritarie per il miglioramento della assistenza diabetologica, finalizzate a eventuali progetti obiettivo, nella considerazione che il Piano costituisca la piattaforma su cui costruire programmi di intervento specifici scelti e condivisi con Regioni e Province Autonome.
L'efficacia della strategia nazionale così delineata dovrà essere misurata sull'impatto che avrà sulle condizioni di salute delle persone con o a rischio di diabete; inoltre, per rendere realmente efficace tale strategia, queste ultime dovranno essere maggiormente coinvolte nello sviluppo delle politiche e del management della malattia.
Ciò include la promozione del "self-management" e i programmi di prevenzione primaria quali, ad esempio, quelli riguardanti la nutrizione e l'attività fisica. Specifica attenzione deve poi essere poi rivolta ai gruppi di popolazione identificati ad alto rischio.
Per prevenire il diabete e ridurne l'impatto sociale è tuttavia necessario che il Servizio sanitario nazionale nelle sue articolazioni, le Associazioni di Pazienti, la Comunità medica e scientifica, le persone con diabete e tutti coloro che li assistono si adoperino per assicurare un efficace coordinamento dei Servizi.
Per il successo del Piano sono quindi elementi essenziali l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali. In particolare i Professionisti Specializzati nell'assistenza diabetologica, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e tutti gli altri interlocutori sanitari devono intervenire in modo integrato e coordinato, migliorare le loro conoscenze per fornire appropriate indicazioni e assumere, ove necessario, comportamenti in grado di garantire anche

un supporto psicosociale. I contributi di tutta la comunità scientifica sono inoltre indispensabili per incrementare le conoscenze.
Di non secondaria importanza è il ruolo del Volontariato, che deve divenire un interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica e che, attraverso specifici processi di qualificazione, può divenire partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver.
E ancora, un corretto sviluppo dei servizi non può fare a meno di un'approfondita conoscenza dell'incidenza, della prevalenza, dei cambiamenti nei trend e dei costi relativi al diabete. L'esistenza di un adeguato sistema informativo, costruito e reso accessibile a livello locale, regionale e nazionale, appare pertanto necessaria per procedere alla programmazione e alla pianificazione degli interventi. Una ricerca di qualità è infine richiesta per la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento del trattamento per le persone con o a rischio di diabete.

1.2 Perché un Piano sulla malattia diabetica?

Il Piano nasce dall'esigenza di sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico.
La prevenzione del diabete tipo 2 nella popolazione a rischio è perseguibile attraverso corretti stili di vita (la prevenzione del diabete tipo 1 attualmente non è realizzabile). L'assistenza ha invece come obiettivo fondamentale il mantenimento dello stato di salute fisica, psicologica e sociale della persona con diabete, perseguibile attraverso la diagnosi precoce, la corretta terapia (basata sull'educazione e responsabilizzazione della persona con diabete), la prevenzione delle complicanze, responsabili dello scadimento della qualità di vita del paziente, e causa principale degli elevati costi economici e sociali della malattia.
Per il loro raggiungimento è fondamentale l'impegno di *Team* Diabetologici, Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta chiamati a interagire tra loro, con le altre componenti professionali (in particolare, ma non solo, le componenti infermieristiche) e con le Associazioni delle persone con diabete, al fine di assicurare un'assistenza unitaria, integrata, continuativa che raggiunga elevata efficienza ed efficacia degli interventi nel rispetto della razionalizzazione della spesa.
La gestione integrata implica un piano personalizzato di *follow-up* condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialista) gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza e le persone con diabete. Da ciò deriva la necessità di classificare i pazienti in sub-target in base al grado di sviluppo della patologia: vi saranno pazienti a minore complessità con una gestione del follow-up prevalentemente a carico del MMG e pazienti con patologia a uno stadio più avanzato con una gestione prevalentemente a carico dello specialista. Questa maggiore prevalenza di una figura rispetto all'altra, all'interno di un percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve in ogni caso scaturire da una scelta condivisa tra i vari attori assistenziali coinvolti. In tal senso, la struttura del follow-up di un paziente in gestione integrata è decisa unitariamente da MMG e specialista e con il contributo degli altri attori, va rivalutata periodicamente e deve basarsi sulla scelta del setting assistenziale migliore (più appropriato, più efficace e più efficiente) per il singolo paziente.
Ecco quindi che la sfida di una cura moderna è la gestione di un percorso integrato che preveda: la centralità della persona con diabete, il lavoro interdisciplinare, la comunicazione, la raccolta dei dati e la loro continua elaborazione, il miglioramento continuo, il monitoraggio dei costi.
I grandi studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato come il "buon controllo" metabolico possa ridurre in maniera sostanziale il numero delle complicanze e incidere sui costi della malattia (studi DCCT, UKPDS, ACCORD, STENO, ADVANCE, VA HIT, EDIC, UKPDS FU, HVIDORE) e migliorare la qualità della vita della persona con diabete.

- Per ottenere questi risultati è tuttavia indispensabile avere condizioni organizzative adeguate e favorire nuove modalità di gestione della cronicità. Ciò comporta la definizione di modelli assistenziali che devono necessariamente prevedere:
- l'educazione terapeutica, intendendo con tale termine un processo educativo continuo e

strutturato che miri a trasmettere capacità di autogestione complessiva della patologia, compreso il trattamento farmacologico;
- Il lavoro in team multidimensionale e interdisciplinare cioè la sinergia coordinata delle diverse figure professionali, tutte adeguatamente formate, per realizzare una gestione integrata a tutela delle persone con diabete;
- la costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali personalizzati e condivisi in grado di prevenire, rallentare, arrestare o far regredire le complicanze, ridurre morbilità, invalidità e mortalità, migliorare la qualità di vita;
- la registrazione e la valutazione dei risultati clinici e organizzativi;
- il miglioramento continuo del rapporto tra operatori sanitari e persone con diabete.

Perché abbiamo bisogno di un Piano sulla Malattia Diabetica che definisca obiettivi strategie e linee di indirizzo prioritarie per il miglioramento dell'assistenza?

Perché il diabete mellito:
1. è in aumento, sia come incidenza sia come prevalenza,
2. causa scarsa qualità di vita, peso sulla persona, sulla famiglia e sulla società,
3. causa spesso morte prematura ed è tra le maggiori cause di morte,
4. è la seconda causa di insufficienza renale terminale,
5. è la più comune causa di cecità,
6. è la più comune causa di amputazioni non traumatiche,
7. è la più comune malattia cronica fra i bambini.

Inoltre, perché:
- ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria) con un elevato costo pro capite (3348 euro l'anno per paziente); la previsione di aumento della prevalenza farà quindi lievitare anche i costi;
- è possibile influenzare la storia naturale del Diabete sia in termini di prevenzione primaria che di prevenzione delle complicanze (evitare il sovrappeso e svolgere un'attività fisica regolare rappresentano i mezzi più appropriati per ridurre il rischio di insorgenza di DMT2 nei soggetti con ridotta tolleranza ai carboidrati).

Infine, un Piano è necessario:

per rispondere alle indicazioni internazionali ed europee (Dichiarazione di S. Vincent, Risoluzione ONU 2006; Consiglio EPSCO 2006; Forum di New York 2007; Lavori della Commissione Europea su "*Information to patient*", la "*Copenaghen Roadmap*");
- per rendere attuali le indicazioni della l.115 e dell'atto di intesa del 1991
- per rafforzare le indicazioni dei piani sanitari (2003-2005, 2006-2008), dei piani nazionali di prevenzione (2005-2007, 2010-2012), del progetto "IGEA".
-

Qual è la mission del Piano?
- Promuovere la prevenzione primaria e la diagnosi precoce;
- centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino;
- contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con o a rischio di diabete, riducendo il peso della malattia sulla singola persona, sul contesto sociale e sul Servizio Sanitario;
- contribuire a rendere i servizi più efficaci ed efficienti in termine di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e contrastando le disuguaglianze sociali;
- promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori;
- contribuire a ridurre la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle evidenze (EBM);
- promuovere l'utilizzo congruo delle risorse.

A favore di chi è scritto il Piano?
È scritto per le persone con diabete, per quelli che li assistono (sanitari e non), per le donne con diabete gestazionale e per tutti coloro che sono a rischio di sviluppare in futuro la malattia.

A chi è indirizzato il Piano?
Il Piano si rivolge alle Regioni, alle altre Istituzioni e a tutti i portatori d'interesse.

Qual è la vision del Piano?

- essere focalizzato sulla popolazione in generale ponendo particolare attenzione ai bisogni degli individui;
- porre particolare enfasi sulla prevenzione e sulla riduzione dei fattori di rischio;
- contemplare la partecipazione della comunità nel processo assistenziale, anche attraverso il volontariato attivo;
- promuovere il ruolo degli erogatori delle cure primarie nella prevenzione e nella assistenza alla persona con diabete;
- passare da modelli tradizionali (con ruoli tendenzialmente "isolati" degli attori assistenziali) a modelli basati sulla interdisciplinarietà, differenziando e dando visibilità alle varie componenti della funzione assistenziale, in una logica di reale integrazione di sistema (attraverso una alternanza continua di "presa in carico" della persona con diabete a seconda dei vari stadi della patologia e della sua complessità);
- tenere conto delle differenze sociali, culturali, demografiche, geografiche ed etniche al fine di ridurre le disuguaglianze;
- fornire indicazioni cliniche utili a coloro che assistono la persona con o a rischio di diabete;
- collegare processi efficaci a risultati adeguati attraverso il monitoraggio e i sistemi di reporting;
- lavorare per ottenere risultati che possano essere, quanto più possibile, standardizzati, riferiti a criteri che riguardano riduzione del rischio, morbidità, qualità di vita, stato funzionale, soddisfazione del paziente e costi.

In ultima analisi, cosa fa il Piano?
Nel pieno rispetto dei modelli organizzativi e operativi delle singole regioni e delle specificità dei contesti locali:

- definisce ampi obiettivi e linee di indirizzo prioritarie;
- definisce indirizzi strategici per specifici interventi;
- descrive modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza;
- evidenzia le aree dell'assistenza che richiedono ulteriore sviluppo.

1.3 Il diabete mellito: definizione e classificazione, epidemiologia, costi

Definizione e classificazione

Il diabete mellito (DM), comunemente definito diabete, è un gruppo di malattie metaboliche che hanno come manifestazione principale un aumento delle concentrazioni ematiche di glucosio (iperglicemia).

Il diabete può essere causato o da un deficit assoluto di secrezione insulinica, o da una ridotta risposta all'azione dell'insulina a livello degli organi bersaglio (insulino-resistenza), o da una combinazione dei due difetti.

L'iperglicemia cronica del diabete si associa a un danno d'organo a lungo termine (complicanze croniche), che porta alla disfunzione e all'insufficienza di differenti organi, specialmente gli occhi, il rene, il sistema nervoso autonomo e periferico, il cuore e i vasi sanguigni. (*vedi box successivi tratti dagli "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010").*

RIQUADRO 1 - NOSOGRAFIA DEL DIABETE

Diabete tipo 1	*È causato da distruzione beta-cellulare, su base autoimmune o idiopatica, ed è caratterizzato da una carenza insulinica assoluta; la variante LADA, (Latent Autoimmune Diabetes in Adult), ha decorso lento e compare nell'adulto.*
Diabete tipo 2	*È causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone e che si instaura spesso su una condizione, più o meno severa, di insulino-resistenza su base multifattoriale.*
Diabete gestazionale	*È causato da difetti funzionali analoghi a quelli del diabete tipo 2, viene diagnosticato per la prima volta durante la gravidanza e in genere regredisce dopo il parto; può ripresentarsi a distanza di anni con le caratteristiche del diabete tipo 2.*
Diabete monogenico	*È causato da difetti genetici singoli che alterano secrezione e/o azione insulinica (es. MODY, diabete lipoatrofico, diabete neonatale).*
Diabete secondario	*È conseguenza di patologie che alterano la secrezione insulinica (es. pancreatite cronica o pancreasectomia) o l'azione insulinica (es. acromegalia o ipercortisolismo) o dipende dall'uso cronico di farmaci (es. steroidi, anti-retrovirali, anti-rigetto) o dall'esposizione a sostanze chimiche.*

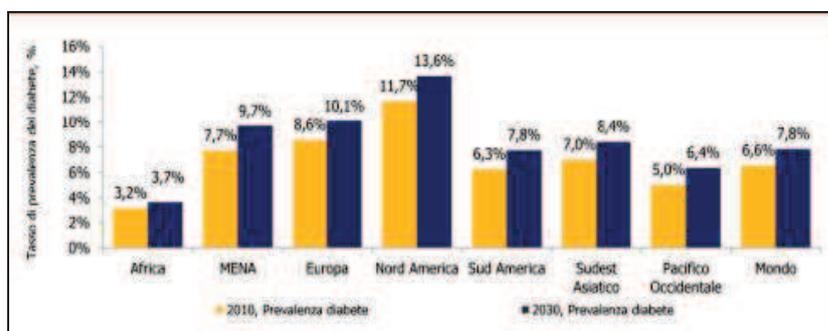
RIQUADRO 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE DIFFERENZIALI DEL DIABETE TIPO 1 E TIPO 2

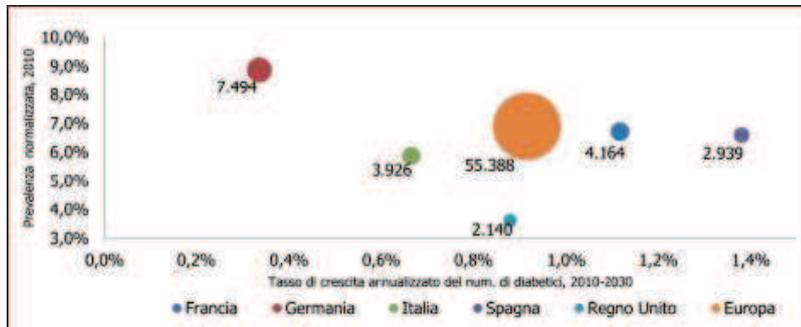
	Tipo 1	**Tipo 2**
Prevalenza	Circa 0,5%	Circa 5%
Sintomatologia	Sempre presente Spesso eclatante e a inizio brusco	Spesso modesta o assente
Tendenza alla chetosi	Presente	Assente
Peso	Generalmente normale	Generalmente in eccesso
Età all'esordio	Più comunemente <30 anni	Più comunemente >40 anni
Complicanze croniche	Non prima di alcuni anni dopo la diagnosi	Spesso presenti al momento della diagnosi
Insulina circolante	Ridotta o assente	Normale o aumentata
Autoimmunità	Presente	Assente
Terapia	Insulina necessaria sin dall'esordio	Dieta, farmaci orali, iniettivi, terapia sostitutiva con insulina

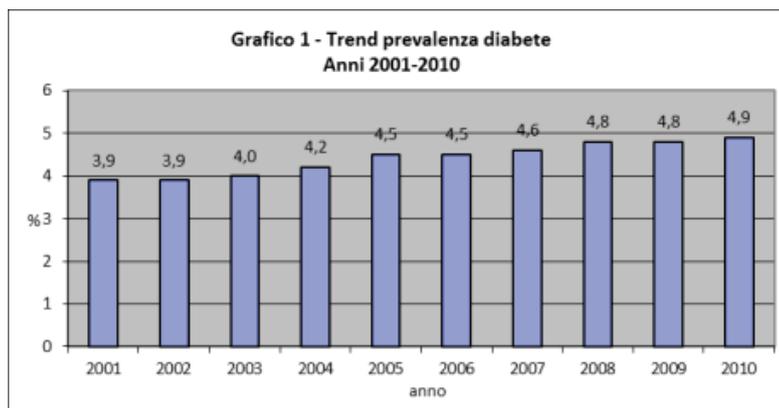
Le basi delle alterazioni del metabolismo dei carboidrati, degli acidi grassi e delle proteine sono

collegate a una ridotta azione dell'insulina nei tessuti bersaglio, principalmente a livello epatico, nella fibra muscolare scheletrica, nel tessuto adiposo e nelle cellule vascolari. L'insufficiente azione insulinica può essere provocata da una non adeguata secrezione e/o da una diminuita risposta periferica all'azione dell'ormone in uno o più punti della complessa via di trasmissione a livello cellulare.

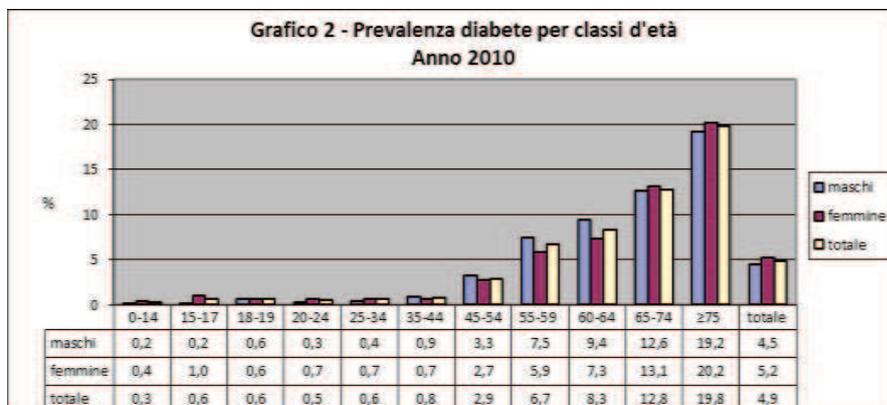
Aspetti epidemiologici

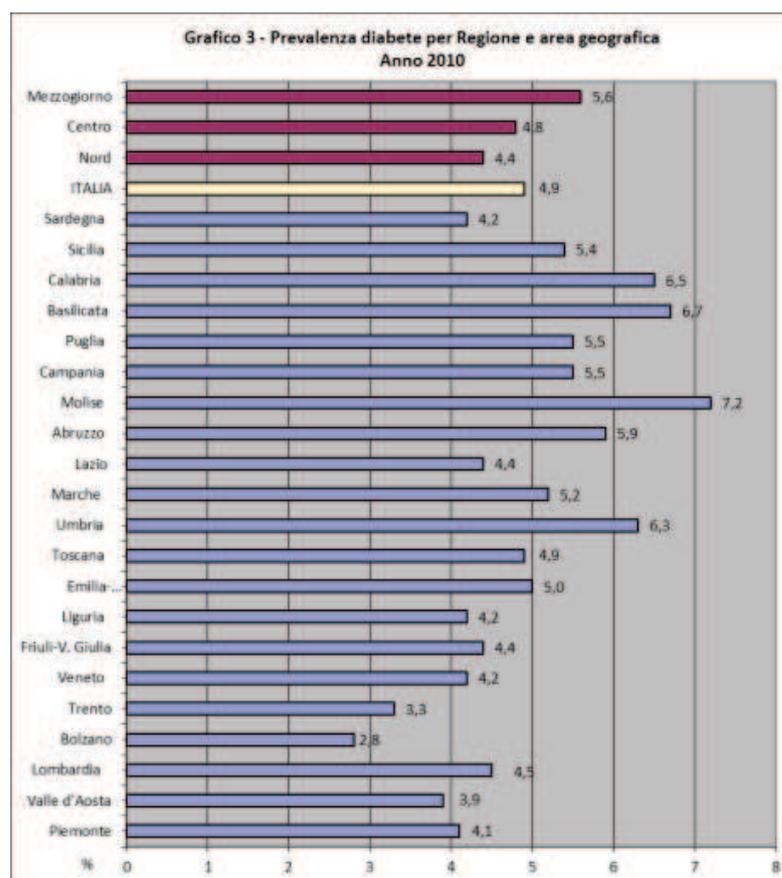
Il diabete è una delle patologie croniche a più ampia diffusione nel mondo, in particolare nei Paesi industrializzati, e costituisce una delle più rilevanti e costose malattie sociali della nostra epoca, soprattutto per il suo carattere di cronicità, per la tendenza a determinare complicanze nel lungo periodo e per il progressivo spostamento dell'insorgenza verso età giovanili.
Le cause del manifestarsi di quella che viene definita come una vera e propria epidemia sono da ricercarsi in almeno quattro fattori fondamentali: 1) proliferare di abitudini alimentari scorrette; 2) crescita del numero di persone obese o in sovrappeso; 3) affermarsi di stili di vita sempre più sedentari; 4) invecchiamento della popolazione.
Dati recentemente pubblicati dall'*International Diabetes Federation* (IDF) sostengono che nel 2010 oltre 284 milioni di persone fossero affetti da diabete e le proiezioni dell'organizzazione non sono rassicuranti: si prevede, infatti, che nel 2030 i diabetici adulti (fascia d'età 20-79) saranno 438 milioni.
La diffusione del diabete sta crescendo in ogni regione del mondo ed è previsto che il tasso di prevalenza globale aumenterà dal 6,4% del 2010 al 7,7% nel 2030. La figura successiva mostra i tassi di prevalenza puntuali al 2010 e le proiezioni di prevalenza normalizzata nel 2030 (la prevalenza normalizzata assume che il mix demografico non cambi negli anni).

Confronto tra prevalenza normalizzata del diabete nel 2010 e prevalenza normalizzata stimata per il 2030 nelle macro regioni del mondo
(*Rielaborazione su dati IDF, 2009)*

La prevalenza complessiva crescerà in tutte le regioni del mondo, ma nell'Africa sub-sahariana e nel Medio Oriente-Nord Africa (MENA) si riscontreranno aumenti relativi più significativi. Questo aumento globale è attribuibile a un certo numero di elementi, tra i quali il peggioramento delle abitudini alimentari, l'obesità, gli stili di vita sedentari e il crescente benessere nei Paesi emergenti, dove questi fattori e la predisposizione genetica al diabete diverranno sempre più rilevanti.
Nonostante l'aumento inferiore rispetto alle altre regioni del mondo (in particolare ai Paesi emergenti), la prevalenza della malattia crescerà comunque in tutti i principali Paesi Europei. Alla luce delle ingenti spese sanitarie associate al diabete, esso rappresenterà pertanto una priorità per tutti i sistemi sanitari europei.
La Figura successiva analizza la prevalenza, il tasso normalizzato e il tasso di crescita previsto i principali Paesi Europei.

Il diabete in Europa: numero di diabetici (migliaia), prevalenza normalizzata e proiezioni di crescita 2010-2030
(*Rielaborazione su dati IDF, 2009)*

Attualmente, in Italia, vivono almeno tre milioni di persone con diabete, cui si aggiunge una quota di persone, stimabile in circa un milione, che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza. Le disuguaglianze sociali agiscono fortemente sul rischio diabete: la prevalenza della malattia è, infatti, più elevata nelle classi sociali più basse e tal effetto è evidente in tutte le classi di età.
In Italia non esistono stime nazionali di incidenza ma sono disponibili dati derivati da studi su popolazioni selezionate. Uno studio di coorte, condotto su un campione rappresentativo della popolazione residente nel comune di Brunico, di età compresa fra 40 e 79 anni, nel periodo 1990-2000, ha rilevato un'incidenza pari a 7,6 per 1.000 anni-persona *(Bonora 2004*). L'incidenza del diabete di tipo 2 era stata definita secondo i criteri dell'*American Diabetes Association* (glicemia a digiuno ≥126mg/dl o diagnosi clinica con dieta o trattamento ipoglicemizzante).
Per quel che riguarda il diabete mellito di tipo 1 (DMT1), una delle più frequenti malattie croniche dell'infanzia, la sua incidenza è in aumento. Un'indagine dell'*International Diabetes Federation* ha calcolato un'incidenza nel mondo di circa 65.000 nuovi casi/anno. Pur meno frequente rispetto al diabete tipo 2 (un caso su dieci diabetici) il DMT1 presenta un elevato impatto sociale in quanto interessa soggetti in giovane età. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, mentre è stimata in 6,7 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni, con forti differenze geografiche.
Per quanto riguarda la prevalenza del diabete, i dati ISTAT indicano che, in Italia, essa è in regolare aumento (Grafico 1). Nel 2010, infatti, risulta diabetico il 4,9% della popolazione (5,2% per le donne e 4,5% per gli uomini).

Fonte: Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2010

La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nelle fasce d'età tra 18 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne (Grafico 2).

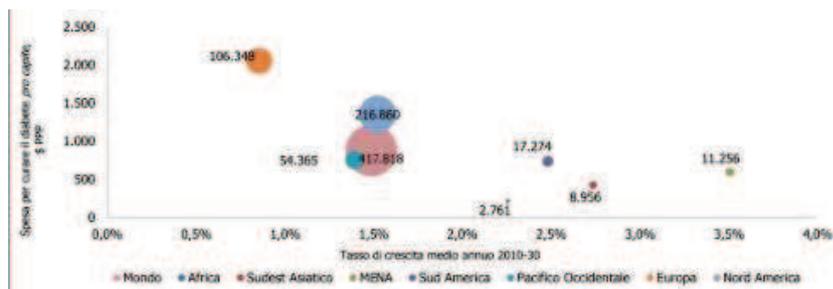
	0-14	15-17	18-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-59	60-64	65-74	≥75	totale
maschi	0,2	0,2	0,6	0,3	0,4	0,9	3,3	7,5	9,4	12,6	19,2	4,5
femmine	0,4	1,0	0,6	0,7	0,7	0,7	2,7	5,9	7,3	13,1	20,2	5,2
totale	0,3	0,6	0,6	0,5	0,6	0,8	2,9	6,7	8,3	12,8	19,8	4,9

Fonte: Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2010

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 5,6%, seguita dal Centro con il 4,8% e dal Nord con il 4,4% (Grafico 3).

Fonte: Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2010

La stima per il 2011 (ISTAT - Indagine Multiscopo - Annuario Statistico Italiano) riporta dati sovrapponibili a quelli del 2010 (prevalenza di diabete noto pari al 4,9% - 5,0% nelle donne, 4,7%

negli uomini).
Nel pool di ASL che partecipano al sistema PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (*vedi più avanti il box dedicato*), la prevalenza del diabete, nelle persone di età 18-69 anni, nel 2010, è risultata pari al 5%. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: nella P.A. di Bolzano si registra il valore più basso (2%), mentre in Basilicata quello più alto (8%). La prevalenza cresce con l'età: nella fascia 50-69 anni quasi una persona su otto (12%) ha dichiarato di avere una diagnosi di diabete. Risulta, inoltre, più diffuso tra gli uomini (6%), nelle persone senza alcun titolo di studio o con la sola licenza elementare (15%), in quelle con molte difficoltà economiche percepite (9%) e nelle persone sovrappeso (7%) e obese (14%). Riguardo ai fattori di rischio associati al diabete: tra i diabetici, il 55% ha ricevuto una diagnosi di ipertensione e il 45% di ipercolesterolemia, il 75% è in eccesso ponderale (IMC≥25), il 39% è sedentario e il 22% fumatore.
Vista, inoltre, la correlazione diretta tra obesità/sovrappeso e diabete di tipo 2, devono preoccupare i dati sulla diffusione di tali condizioni tra la popolazione italiana. L'ISTAT, relativamente all'anno 2010, rileva che in Italia, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 35,6% (maschi 44,3%; femmine 27,6%), mentre gli obesi sono il 10,3% (maschi 11,1%; femmine 9,6%). Nel Sud e nelle Isole si rileva la quota più elevata di persone obese e in sovrappeso (11,5% e 38,7% rispettivamente).
I dati del Sistema PASSI rilevano valori simili, con una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 31,8% e di obesi pari al 10,4%. Il 54% delle persone con eccesso ponderale intervistate ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli aveva consigliato di fare una dieta per perdere peso, mentre il 38% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di svolgere regolarmente attività fisica.
Anche i dati sulla diffusione di sovrappeso e obesità tra i più giovani, peraltro, vanno attentamente considerati, in quanto è dimostrato che un bambino obeso ha maggiori probabilità di un normopeso di essere in eccesso ponderale anche da adulto, con il conseguente maggiore rischio di sviluppare le patologie correlate a tale condizione, diabete di tipo 2 in particolare. Per quest'ultimo, infatti, alcuni dati indicano come siano già in aumento i casi insorti in giovane età.
La prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini della scuola primaria, rilevata nel 2008 dall'indagine "OKkio alla salute" (*vedi più avanti il box dedicato al "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni"*), è risultata molto elevata: a livello nazionale il 23,2% dei bambini risulta sovrappeso e il 12,0% obeso, cioè più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni si arriva a una stima di più di 1 milione di bambini sovrappeso o obesi in Italia. Si evidenziano, inoltre, notevoli differenze per Regione: dal 49% di bambini sovrappeso o obesi in Campania al 23% nella stessa condizione in Valle D'Aosta. Generalmente, comunque, nelle Regioni del Sud si rilevano valori più elevati.
La seconda raccolta di OKkio (42.000 bambini coinvolti) ha fornito risultati non molto dissimili da quanto rilevato nel 2008, con il 22,9% dei bambini misurati in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità. I dati del 2012 sono attualmente in via di elaborazione.
Lo studio HBSC 2009-10 tra i giovani in età adolescenziale (*vedi più avanti il box dedicato al "Sistema di indagini sui* rischi *comportamentali in età 6-17 anni"*) ha mostrato una maggiore frequenza di ragazzi in sovrappeso e obesi tra gli undicenni (29,3% nei maschi, 19,5% nelle femmine) rispetto ai quindicenni (25,6% nei maschi, 12,3% nelle femmine) e lo svolgimento di minore attività fisica tra i ragazzi di 15 anni (47,5% nei maschi, 26,6% nelle femmine) rispetto ai tredicenni (50,9% nei maschi, 33,7% nelle femmine).

Costi del diabete
Poiché il numero di persone affette da diabete è in costante crescita in tutto il mondo, i costi per la cura di questa malattia rappresentano una quota costantemente in aumento nei budget di tutti i Paesi. Inoltre, il diabete è destinato a diventare la causa maggiore di disabilità e di mortalità nei prossimi venti anni: l'OMS lo ha, quindi, inserito tra le patologie su cui maggiormente investire, dato il crescente peso assunto anche nei Paesi in via di sviluppo. Per di più, le gravi complicanze

che esso provoca si traducono in elevati costi sanitari, tanto che nel 2010 hanno determinato il 10-15% dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria.
La figura successiva confronta la spesa per il diabete nelle macro-aree mondiali nel 2010 e quella stimata nel 2030. Nei prossimi 20 anni saranno le aree in via di sviluppo a registrare i tassi di incremento maggiori. Ciò è in parte causato da un aumento della prevalenza, ma anche da un calo del differenziale del PIL tra i gruppi di Regioni.

Spesa associata al diabete nel mondo e per macroregione: spesa attuale in mln di dollari e proiezioni di crescita 2010-2030 (*Rielaborazione su dati IDF, 2009)*

Nel 2010 la spesa per il trattamento dei pazienti diabetici è stata stimata intorno all'11,6% della spesa sanitaria mondiale; Francia, Germania, Spagna e Regno Unito rappresentano circa il 50% della spesa europea. La spesa italiana rappresenta circa il 10% della spesa europea, con un dato pro capite sensibilmente più basso di quello registrato in Francia, Germania e Regno Unito.
Nel nostro Paese la spesa sanitaria per il diabete non è egualmente distribuita: si stima che più di tre quarti della spesa totale del 2010 abbia interessato la fascia di età compresa tra 50 e 80 anni, con un maggior peso per le donne *(Bruno, AMD, 2012).* Il consumo di risorse sanitarie delle persone con diabete è 2,5 volte superiore rispetto a quello delle persone non diabetiche di pari età e sesso, con una spesa totale, stimata dall'IDF nel 2010, pari a 11 milioni di dollari e una previsione di crescita entro il 2030 di oltre il 14% *(Bruno, AMD, 2012).*
L'entità del costo della malattia diabetica è notevolmente variabile da Paese a Paese, ma comunque sempre riconducibile a tre voci ben definite:
a) costi diretti: includono tutti i costi relativi direttamente alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario. Possono essere a basso costo (prestazioni di cure primarie extraospedaliere), a medio costo (farmaci, *device)* e ad alto costo (fondamentalmente trattamenti eseguiti all'interno di strutture ospedaliere);
b) costi indiretti: sono riferibili alla perdita di produttività (causata da disabilità temporanea o permanente, pensionamento anticipato, perdita di giorni di lavoro, mortalità prematura);
c) costi intangibili: tutte le situazioni di alterazione della qualità di vita imputabili in modo diretto o indiretto alla malattia (depressione, ansia, discriminazioni sul lavoro o nelle relazioni interpersonali, ecc.).
L'assistenza a un diabetico di tipo 2 non complicato presenta un costo pari a circa una volta e mezzo quella di un cittadino di pari età non diabetico; una complicanza microangiopatica fa salire tale costo fino a tre volte; una macroangiopatia con evento acuto fino a venti volte nell'anno dell'evento per poi stabilizzarsi a quattro volte negli anni successivi; entrambi i tipi di complicanze fino a sei volte.
Numerosi studi sono stati fatti, con metodologie spesso diverse ma scientificamente molto rigorosi, per valutare l'entità dei costi sostenuti dai Servizi Sanitari per la cura e il controllo della malattia diabetica e delle sue complicanze croniche.
La formazione del maggior costo appare correlata a tre eventi fondamentali:
a) la comparsa della malattia diabetica di tipo 2 in soggetti "a rischio" (obesità, ipertensione, sin-

drome metabolica, familiarità), che, da sola, comporta un incremento dei costi sanitari diretti annui pro capite di circa il 100% rispetto a quella della popolazione di confronto non affetta da diabete mellito, e un incremento proporzionale, se non maggiore, dei costi indiretti, correlati alla riduzione della produttività lavorativa o all'aumento delle provvidenze;
b) l'incidenza dei quadri clinici riferibili alle complicanze croniche del diabete, sia microvascolari (tra le quali quella economicamente più pesante appare l'insufficienza renale cronica), sia, soprattutto, macrovascolari, in particolare quelle che, presentandosi come eventi acuti (IMA, Stroke, Piede diabetico), comportano l'obbligatorio ricorso al ricovero ospedaliero ad alta intensità di cura e un successivo follow-up intensivo. Tale situazione, come precedentemente riportato, può far salire i costi di malattia fino a venti volte nell'anno dell'evento e mantiene successivamente costi annui estremamente elevati;
c) il costo per farmaci nella popolazione dei pazienti diabetici è certamente più elevato rispetto alla popolazione generale, ma prevalentemente collegato alle complicanze già clinicamente evidenti: risulta, infatti, chiaro da tutti gli studi che il maggior costo è dovuto ai farmaci ad attività cardiovascolare, piuttosto che a quelli ipoglicemizzanti veri e propri, compresa l'insulina. Comunque, attualmente il costo per farmaci non pare superare il 25% dei costi totali della patologia.
È pertanto necessario individuare possibili azioni che incidano in modo significativo sulla formazione della spesa, coniugando appropriatezza e migliori outcome clinici.
Obiettivi specifici sono quindi quelli di contrastare sia la comparsa di nuovi casi di diabete nella popolazione a rischio, sia la comparsa e/o l'evoluzione progressiva delle complicanze croniche micro e macroangiopatiche.
La maggior voce singola di spesa per il diabete è rappresentata dai ricoveri ospedalieri per la terapia di complicanze croniche come le malattie cardiovascolari, l'ictus, l'insufficienza renale cronica, il piede diabetico. La maggior parte di queste appare prevenibile grazie a diagnosi più precoci, educazione e informazione e assistenza integrata a lungo termine.
Ogni anno ci sono in Italia più di 70.000 ricoveri per diabete, principalmente causati da complicanze quali ictus cerebrale e infarto del miocardio, retinopatia diabetica, insufficienza renale e amputazioni degli arti inferiori.
Per quanto riguarda i farmaci, la quota principale del costo è imputabile al trattamento delle complicanze cardiovascolari; tuttavia tutte le categorie farmacologiche mostrano un aumentato utilizzo nei diabetici, a sottolineare l'interessamento multiorgano della malattia.
Attualmente il diabete occupa il secondo posto tra le patologie per i più alti costi diretti, avendo determinato nel 2010 il 10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria in Italia. In assenza di complicanze, questi sono pari a circa 800€/anno per persona, mentre, in presenza di complicanze, possono variare tra i 3.000 e i 36.000€/anno a persona[1] .
L'impatto sociale del diabete si avvia, quindi, a essere sempre più difficile da sostenere per la comunità, in assenza di un'efficace attività di prevenzione e cura.

[1] Documento AMD, SID, SIEPD, OSDI 2011

1.4 Il contesto internazionale e programmatico per il diabete

Le strategie internazionali, individuando una serie di iniziative nel campo della prevenzione, diagnosi e gestione della patologia, stimolano gli Stati ad adottare Piani nazionali, in linea con la sostenibilità dei sistemi sanitari.

In particolare, le indicazioni definite a livello europeo nel Consiglio EPSCO del giugno 2006, le risoluzioni ONU del 2006 e del 2009, le risoluzioni del Parlamento Europeo del 2011 e del 2012 evidenziano la necessità di sviluppare politiche nazionali per prevenzione, trattamento e cura del diabete, in linea con lo sviluppo sostenibile dei vari sistemi di assistenza sanitaria, nonché di elaborare strumenti adeguati per il raggiungimento di livelli di assistenza appropriati, che abbiano l'obiettivo di stabilizzare la malattia e migliorare la qualità di vita del paziente.

Già le indicazioni OMS del 1991 e la Dichiarazione di Saint Vincent del 1989 ponevano l'accento sullo sviluppo di un programma nazionale per il diabete mellito e sull'importanza dell'intervento di Governi e Amministrazioni per assicurare la prevenzione e la cura della patologia diabetica.

In particolare, le conclusioni del Consiglio EPSCO (Occupazione, politica sociale, salute e consumatori) dell'Unione Europea circa la promozione di stili di vita e la prevenzione del diabete di tipo 2 e delle sue complicanze ha evidenziato che il DMT2 e le sue complicanze sono spesso diagnosticati tardivamente e che le misure preventive, una diagnosi precoce e un'efficace gestione della malattia possono comportare la riduzione della mortalità dovuta al diabete nonché un aumento della speranza di vita e della qualità di vita delle popolazioni europee.

Pertanto, gli Stati Membri sono stati invitati a ipotizzare interventi che, tenuto conto delle risorse disponibili, riguardino la raccolta, la registrazione, il monitoraggio, la presentazione a livello nazionale di dati epidemiologici ed economici completi sul diabete e l'elaborazione e l'attuazione di piani quadro per la lotta contro il diabete.

È stato posto l'accento sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce con una gestione che utilizzi "sistemi di valutazione con obiettivi quantizzabili per individuare le conseguenze per la salute e l'efficacia in rapporto ai costi, tenendo conto della struttura e della prestazione dei servizi sanitari nei vari Stati membri, delle questioni etiche, giuridiche, culturali e di altra natura nonché delle risorse disponibili".

Le indicazioni europee spingono quindi per una "elaborazione di misure di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, di prevenzione primaria e per una definizione di misure di prevenzione secondaria", ponendo particolare accento sull'utilità dell'adozione di un approccio gestionale globale, multisettoriale e pluridisciplinare nei confronti dei diabetici e sull'adeguata formazione per il personale sanitario.

Inoltre il Consiglio ha invitato la Commissione Europea a sostenere gli sforzi compiuti dagli Stati Membri per prevenire la malattia e promuovere uno stile di vita sano, definendo il diabete come "una sfida di salute pubblica in Europa" e incoraggiando lo scambio di informazioni, con una azione che rafforzi il coordinamento delle politiche e dei programmi di promozione e di prevenzione, a favore, soprattutto, dei gruppi ad alto rischio, riducendo al tempo stesso le disuguaglianze e ottimizzando le risorse.

Viene posta particolare attenzione sull'utilità di "agevolare e sostenere la ricerca generale e clinica sul diabete a livello europeo", con la necessità di attuare un'ampia diffusione dei risultati nei Paesi europei, creando strumenti che permettano la comparabilità dei dati epidemiologici e metodi corretti per il monitoraggio e la sorveglianza. Viene inoltre incoraggiata la conoscenza delle azioni intraprese dagli Stati Membri per mettere in risalto i fattori determinanti per la salute e promuovere stili di vita sani, valutando l'efficacia delle misure proposte e approfondendo la necessità di ulteriori misure.

Tali indirizzi valorizzano le azioni tese a un approccio globale ai fattori determinanti per la salute, compresa una politica coerente e universale in materia di alimentazione e di attività fisica, in particolare nei bambini.

Vanno inoltre considerate molte altre azioni a carattere politico e/ o legislativo e in particolare:

- nel dicembre 2010, il Consiglio dell'Unione europea ha invitato la Commissione europea ad approfondire la tematica con il coinvolgimento degli Stati membri e la società civile;

- nel settembre 2011, il Parlamento europeo ha adottato una risoluzione che ha sottolineato la importanza della prevenzione e controllo delle Non Comunicable Diseases (NCDs);
- nel settembre 2011è stata altresì adottata una dichiarazione politica per una azione congiunta dei governi con i settori civili e privati della società, per affrontare in maniera sinergica il tema della cronicità;
- nel marzo 2012 il Parlamento Europeo ha adottato una risoluzione di indirizzo per l'EU sul diabete, definendo alcune iniziative riguardanti la prevenzione, diagnosi e gestione della patologia e richiamando gli stati sulla necessità di dotarsi di piani nazionali sul diabete;
- nel primo trimestre 2012, la Danimarca, come Presidente di turno del Consiglio dell'Unione europea, ha individuato quale priorità sulla salute le malattie croniche, ponendo il diabete, come la modello di malattia cronica.

Infine, l'European Diabetes Leadership Forum (che ha avuto luogo il 25 e 26 aprile 2012 a Copenaghen, con la volontà di promuovere una attenta riflessione tra i differenti attori del sistema europeo sulla sanità e in particolare sul diabete), trova la sua espressione concreta nella "Copenaghen Roadmap", i cui contenuti hanno l'obiettivo di stimolare tutti gli attori del sistema salute a livello europeo per affrontare la tematica sul versante politico, economico, sociale e clinico.
Attualmente l'Italia, tenendo conto anche delle varie iniziative globali (risoluzione sul diabete 61/225 delle Nazioni Unite, documento "European Coalition for Diabetes Grand Challenge: Delivering for Diabetes in Europe", dichiarazione politica dell'Assemblea delle Nazione Unite del 2011 sulla prevenzione e il controllo delle Non-Communicable Disease, risoluzione del parlamento Europeo 14 marzo 2012), è impegnata nel costruire e promuovere quel cambiamento reale, attraverso varie iniziative concrete per migliorare la qualità di vita delle persone con diabete e degli altri malati cronici.
In conclusione, le strategie europee rafforzano la necessità di avviare urgentemente un'azione mirata di lotta contro il diabete al fine di far fronte alla crescente incidenza e prevalenza di questa malattia nonché all'aumento dei costi diretti e indiretti che ne derivano.
Nel raggiungimento degli obiettivi si ritiene che le linee di sviluppo debbano necessariamente considerare un approccio a lungo termine che includa azioni rivolte sia alle persone ad alto rischio che a quelle affette dalla malattia, attraverso un intervento integrato e globale, chiaro, intersettoriale e multidisciplinare per ridurre e/o prevenire le complicanze, garantire una buona qualità di vita, pari opportunità e accesso alle cure.
Quindi, attraverso la cooperazione multidisciplinare occorre rafforzare la collaborazione tra tutti gli interlocutori che partecipano al sistema. La società civile, con i suoi differenti modelli organizzativi che tengono conto delle differenze sociali, culturali, di genere e di età e con una trasversalità di interventi integrati e condivisi, ha un importante ruolo nella prevenzione, nella cura e nella prevenzione delle complicanze del diabete in particolare e, più in generale, in materia di salute umana. Essa deve lavorare perché siano raggiunti quei livelli di assistenza appropriati che costituiscono la condizione preliminare essenziale per migliorare la qualità di vita delle persone.

1.5 Gli indirizzi dell'assistenza diabetologica in Italia

L'Italia dispone di un sistema di assistenza, sviluppatosi soprattutto a seguito dell'entrata in vigore della legge 16 marzo 1987, n. 115, e del protocollo di intesa tra il Ministro della sanità e il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 1991, che presenta caratteristiche non del tutto omogeneo e che richiede ulteriori miglioramenti, soprattutto sul versante dell'integrazione e della comunicazione tra i vari operatori.

Le disposizioni specifiche esistenti sulla malattia già garantiscono un' adeguata tutela alle persone con diabete ma un miglioramento della qualità dell'assistenza potrebbe essere assicurato con la completa applicazione di tali provvedimenti e con l'attuazione di interventi organizzativi adeguati.

In particolare, la normativa citata fornisce le indicazioni di riferimento per la programmazione dell'assistenza in Italia, in accordo con il documento tecnico dell'OMS per la Prevenzione del Diabete Mellito, stabilendo i canoni dell'assistenza, e demandandone l'applicazione alle Regioni al fine di promuovere modalità uniformi di assistenza.

In tali atti si prevede che l'organizzazione dell'assistenza tenga conto di alcune importanti considerazioni: a) il diabete è una malattia cronica che può durare nel singolo individuo anche più di 40-50 anni; b) il diabete è una patologia diffusissima cui va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale e che incide pesantemente sulla spesa sanitaria; c) migliorare l'assistenza significa determinare un aumento dell'aspettativa di vita e un miglioramento della qualità della stessa.

In particolare, la legge 115 ha rivolto particolare attenzione alla tematica della prevenzione attraverso l'educazione sanitaria, cercando di far superare il precedente approccio clinico di diagnosi e terapia esclusivamente farmacologica e dando alla patologia un alto rilievo sociale.

Il protocollo di intesa ha indicato gli interventi più idonei per l'individuazione delle fasce di popolazione a rischio, previsto la programmazione di specifici interventi sanitari e definito criteri di uniformità relativi agli aspetti strutturali e organizzativi dei servizi diabetologici.

Questi concetti, estesi alla cronicità in generale, sono stati ripresi e sviluppati dal Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, che ha dato indicazioni precise in direzione della deospedalizzazione e dell'integrazione tra le varie competenze sanitarie e sociali coinvolte nell'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche, in particolare in età evolutiva e della continuità delle cure.

Anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha fornito un ulteriore e più deciso impulso alla gestione delle condizioni di cronicità, raccomandando di dare continuità agli interventi mirati al miglioramento della qualità di vita degli ammalati e dei loro familiari, sviluppando al contempo opportunità di partecipazione alla vita sociale.

Inoltre, tale Piano ha evidenziato l'importanza della riorganizzazione delle cure primarie e dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, esaltando il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del SSN e ponendo il diabete tra le quattro grandi patologie (insieme a malattie respiratorie, cardiovascolari e tumori).

La strada da percorrere per raggiungere questi obiettivi è quella del coordinamento degli interventi dei diversi settori impegnati nella produzione di servizi, stimolando le collaborazioni istituzionali, a partire dalla dimensione distrettuale, fornendo interventi di sostegno, in particolare in forma di assistenza domiciliare integrata.

L'attuale contesto istituzionale e normativo è caratterizzato dal nuovo assetto dei rapporti tra lo stato e le Regioni ridefinito dalla modifica del titolo V della Costituzione e dalla individuazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni che ha rappresentato l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria: garantire ai cittadini un Servizio sanitario omogeneo in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Da ricordare, inoltre, l'*Indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio Sanitario Nazionale e alle connessioni con le malattie non trasmissibili*, promossa nel 2012 dalla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato che, nel fornire una fotografia aggiornata dell'assistenza, evidenzia sia i punti di forza sia le criticità del nostro Sistema Sanitario. In particolare, essa indaga la capacità delle strutture periferiche di garantire la centralità e l'empowerment della persona con diabete in un percorso integrato tra i diversi livelli assistenziali.

L'impegno del Ministero della salute negli ultimi anni è stato quello di rendere attuali e innovativi

i contenuti delle norme specifiche sul diabete, individuando strategie che richiedessero modalità operative basate su un ampio dialogo e sulla collaborazione fra tutti i principali protagonisti dell'assistenza, in una reale sinergia fra le Regioni, le Associazioni professionali, il Volontariato, le Istituzioni pubbliche e private. In particolare, l'attenzione posta sulle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi, si è tradotta nell'inserimento delle complicanze del diabete tra le aree di intervento prioritarie previste Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, sancito dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Tale obiettivo è perseguito attraverso l'adozione di programmi di *disease management*, termine che fa riferimento a una strategia di gestione delle malattie croniche che prevede: a) la partecipazione attiva della persona con diabete alla gestione della malattia (attraverso programmi di educazione e supporto del paziente svolti a livello della rete primaria di assistenza); b) l'attivazione di un sistema di schedulazione delle persone con diabete; c) l'attivazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente; d) l'attivazione di un sistema di monitoraggio su base informatizzata.
Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 rinnova l'impegno nel campo della prevenzione del diabete e delle sue complicanze attraverso azioni da attuarsi all'interno di quattro macro-aree di intervento (medicina predittiva, programmi di prevenzione collettiva, programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia).
Quindi, in considerazione della complessità della materia, il Ministero ha intrapreso numerose linee di attività (*vedi riquadri successivi*).

RIQUADRO 3 - LE LINEE DI ATTIVITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE

1. *Collaborazione con la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alla definizione di una Strategia di contrasto alle malattie croniche denominata Gaining Health, valida per tutta l'Europa, dall'Atlantico agli Urali, e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa (http://www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf).*
2. *Cooperazione con l'OMS alla costruzione di una Strategia Europea di contrasto all'obesità, approvata il 12 novembre 2006 nel corso della Conferenza intergovernativa di Istanbul (http://www.euro.who.int/obesity), tra i principali determinanti della malattia diabetica.*
3. *Istituzione della Commissione Nazionale sulla Malattia Diabetica (2003), con l'obiettivo di valutare, insieme alle Regioni, le iniziative e i modelli assistenziali adottati nelle diverse realtà locali, di proporre interventi a favore del soggetto diabetico e delle fasce di popolazione a rischio e di definire il presente Piano sulla Malattia Diabetica, mirato a migliorare l'assistenza ai diabetici alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche.*
4. *Aggiornamento del Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, che individua la malattia diabetica tra le condizioni di malattia croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate.*
5. *Partecipazione all'organizzazione della Giornata Mondiale del Diabete (14 novembre) e delle attività correlate, in collaborazione con Società scientifiche e Associazioni dei pazienti.*
6. *Attuazione dei Piani Nazionali della Prevenzione 2005-2007 e 2010-2012 che prevedono la realizzazione di progetti regionali basati su linee di intervento concordate tra le Regioni e il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).*
7. *Predisposizione, attraverso il CCM e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del progetto IGEA con l'obiettivo di realizzare iniziative e interventi orientati a favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete e alla prevenzione delle complicanze del diabete, tramite l'adozione di un modello di gestione integrata della malattia.*
8. *Quaderno del Ministero della salute "Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito" (n. 10, 2011, scaricabile dal sito www.salute.gov.it*

RIQUADRO 4 - I PIANI NAZIONALI DELLA PREVENZIONE

Con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, veniva varato il primo Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, prorogato poi fino al 2009, che individuava l'obesità e la patologia diabetica tra i problemi di salute prioritari del Paese, nell'ambito della prevenzione del rischio cardiovascolare.

Sulla base di linee programmatiche elaborate dal Ministero della salute/CCM (Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie), tutte le Regioni avevano il compito di definire e attivare specifici progetti all'interno delle aree di intervento ritenute prioritarie.

Per quel che riguarda la prevenzione dell'obesità, la progettazione Regionale proponeva l'approccio intersettoriale, con azioni intraprese a diversi livelli (a scuola, nei luoghi di lavoro e del tempo libero, ecc.) e privilegiando gli interventi di provata efficacia.

Nel caso della prevenzione delle complicanze del diabete, il PNP prevedeva la realizzazione di progetti regionali finalizzati all'adozione di programmi di Gestione Integrata della patologia, sul modello del disease management e/o del chronic care model.

Il nuovo PNP 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010) ha rinnovato e rilanciato gli obiettivi del precedente Piano, promuovendo la prevenzione dell'obesità nella prospettiva più generale della prevenzione dei rischi per la salute correlati a stili di vita non corretti (dieta scorretta, inattività fisica, tabagismo, abuso di alcol) e rilanciando la Gestione Integrata anche in un ottica allargata di gestione della cronicità.

RIQUADRO 5 - IL PROGETTO "IGEA"

Il Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica - www.epicentro.iss.it/igea) ha rappresentato la prima esperienza organica di un programma nazionale di governo clinico nel campo delle patologie croniche. Attraverso un insieme di azioni e interventi ha favorito l'adozione di programmi di gestione integrata dando traduzione organizzativa e operativa per la gestione integrata del diabete. In particolare:

- *è stata definita una linea guida sui requisiti clinico organizzativi per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto con l'obiettivo di definire le modalità organizzative, formulare le raccomandazioni per migliorare la qualità della cura e per prevenire le complicanze del diabete, e definire gli indicatori per il monitoraggio del processo e degli esiti di cura;*
- *sono stati definiti requisiti informativi per un sistema di gestione integrata del diabete insieme ad un set minimo di indicatori clinici, di sistema e di attuazione;*
- *è stato definito un piano nazionale di formazione e sono state realizzate numerose edizioni, nazionali e regionali, del corso di formazione per formatori e del corso per operatori;*
- *è stato realizzato un documento sui percorsi assistenziali per la gestione integrata.*

RIQUADRO 6 - IL PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE"

Nell'ottica della realizzazione di politiche intersettoriali, che prevedono il coinvolgimento di settori al di fuori di quello sanitario in azioni favorevoli alla salute dei cittadini, nel 2006, con un forte sostegno anche da parte dell'Italia, sono state prodotte dall'OMS la Strategia di contrasto alle malattie non trasmissibili (Gaining Health, Copenhagen - 12 settembre 2006) e la Strategia di contrasto all'obesità (European Charter on counteracting obesity, Istanbul - 15 novembre 2006).

Seguendo le indicazioni dell'OMS e nella scia di quanto già proposto dal PNP 2005-2007, in Italia, nel 2007, è stato approvato il Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp), una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali (alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione, dello sport e dell'industria), al fine di promuovere e favorire corretti stili di vita da parte della popolazione nell'ottica di migliorare la salute e prevenire le principali patologie croniche.

Malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche hanno, infatti, in comune alcuni fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, il consumo eccessivo di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'ipercolesterolemia e l'ipertensione arteriosa. Questi fattori di rischio, da soli, sono responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Il contrasto a tali fattori di rischio passa attraverso la modifica degli stili di vita della popolazione, per ottenere la quale, tuttavia, è necessario il supporto di settori della società diversi da quello sanitario, che deve, comunque, mantenere il ruolo di promotore e coordinatore delle azioni.

RIQUADRO 7 - IL SISTEMA "PASSI"

La sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica. Il Sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia - www.epicentro.iss.it/passi) è un programma continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta (18-69 anni) sui principali fattori di rischio per la salute (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologici, ecc.), affidato dal CCM al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

Il decorso del diabete, peraltro, è contrassegnato da numerose complicanze tra cui particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari. Per questo motivo le linee guida per l'assistenza ai diabetici suggeriscono un monitoraggio attivo e un trattamento aggressivo dei fattori di rischio che frequentemente si trovano associati al diabete, come ipertensione, ipercolesterolemia, peso eccessivo, sedentarietà, fumo.

Il Sistema PASSI, rilevando la presenza dei fattori di rischio associati al diabete e monitorando alcune attività di controllo e prevenzione, fornisce informazioni utili sulla qualità dell'assistenza ricevuta dalle persone diabetiche. Il Sistema, inoltre, raccoglie dati direttamente sul diabete attraverso un modulo specifico che viene somministrato dagli intervistatori a quanti affermano di avere ricevuto tale diagnosi.

RIQUADRO 8 - IL SISTEMA DI INDAGINI SUI RISCHI COMPORTAMENTALI IN ETÀ 6-17 ANNI

Per avere un quadro aggiornato del fenomeno obesità e sovrappeso tra i bambini italiani, il CCM ha affidato all'ISS-CNESPS il coordinamento del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni". Il progetto è diviso in 2 indagini:

- *la prima si è svolta a cadenza biennale nel 2008, nel 2010 e nel 2012 ed è denominata "OKkio alla salute", (sorveglianza nutrizionale e sui fattori di rischio comportamentali su un campione rappresentativo di alunni delle scuole primarie - www.epicentro.iss.it/okkioallasalute);*
- *la seconda si è svolta nell'anno scolastico 2009-2010, fa parte dello studio europeo HBSC – Health Behaviours in School-aged Children (sorveglianza dei comportamenti associati con lo stato di salute negli adolescenti - www.hbsc.unito.it) e ha riguardato 77.000 ragazzi tra gli 11 e i 15 anni.*

QUADRO NORMATIVO SPECIFICO PER L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ETA' EVOLUTIVA

Avendo come riferimento due leggi fondamentali ("Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" del 1987 e "Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989" del 1991), sono state emanate in Italia numerose norme che tutelano gli speciali bisogni di bambini e adolescenti con diabete.

In particolare, vengono riconosciuti e sottolineati il valore sociale della malattia, l'importanza delle relazioni familiari e la scarsa necessità dei ricoveri ospedalieri.

Legge 16 marzo 1987, n.115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito". *Considera il diabete come malattia di alto interesse sociale, sia per l'impatto sulla vita di relazione della persona che per le notevoli influenze sulla società. Raccomanda di favorire l'inserimento delle persone con diabete nelle attività scolastiche, sportive e lavorative. Riconosce la necessità di erogare cure dedicate a bambini e adolescenti attraverso l'istituzione di Servizi di Diabetologia Pediatrica in tutte le regioni.*

Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Convenzione sui Diritti del Fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989". *Definisce l'area pediatrica: ai sensi della Convenzione si intende per fanciullo ogni essere umano avente un'età inferiore a diciotto anni. Riconosce che i fanciulli più deboli devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità. Riconosce il diritto dei fanciulli con fragilità di beneficiare di aiuti e di cure speciali, gratuite ogni qualvolta ciò sia possibile. Tale aiuto è concepito in modo tale che tutti i minori abbiano effettivamente accesso alla educazione, alla formazione, alle cure sanitarie, alla riabilitazione, alla preparazione al lavoro e alle attività ricreative e possano beneficiare di questi servizi in maniera atta a concretizzare la più completa integrazione sociale e il loro sviluppo personale, anche nell'ambito culturale e spirituale. Riconosce il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, garantendo che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.*

Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza". *Favorisce la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente a esse più confacente ovvero la famiglia naturale, adottiva o affidataria, in attuazione dei principi della Convenzione sui diritti del fanciullo e della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, assicurando la partecipazione delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.*

D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998/2000". *Promuove la salute in età evolutiva nella comunità. Garantisce adeguata assistenza in Unità Operativa pediatrica al bambino con malattie croniche o disabilitanti, accentuando la tendenza alla deospedalizzazione con adeguati piani di assistenza sul territorio. La sua strategia È quella dell'integrazione tra interventi sanitari e interventi sociali, collegando i diversi servizi presenti sul territorio.*

D.P.R. 13 giugno 2000 "Approvazione del Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2000/2001". *Offre precisazioni attuative del Progetto Obiettivo.*

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale". *Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente all'area materno-infantile.*
Devono essere realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata.

Legge 8 novembre 2000, n.328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". *La legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali, attraverso il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione. Bisogna organizzare servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, e in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari, ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro.*

Legge 28 marzo 2003, n. 53 "Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale."

Decreto legislativo 15 aprile 2005 n. 76 "Definizione delle norme generali sul diritto-dovere all'istruzione e alla formazione, a norma dell'art.2, comma 1, lettera c), Legge 28 marzo 2003 n. 53". *Pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti.*

Raccomandazioni del 25 novembre 2005 dei Ministeri della Salute e dell'Istruzione "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico". *Costituiscono il documento fondamentale delle disposizioni attuali su diabete e scuola. Emanate per definire gli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico e alla gestione di eventuali emergenze, al fine di tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica.*

1.6 L'assistenza alle persone con diabete in Italia

L'Italia dispone di un sistema di assistenza ben riconoscibile, sebbene vi siano tuttora differenze territoriali suscettibili di miglioramenti organizzativi, soprattutto sul versante dell'integrazione e della comunicazione tra i vari operatori.

Tale sistema si è venuto a creare sia grazie alle norme sia per la spinta volontaristica spontanea e sulla base della crescente domanda di salute da parte della popolazione.

Il sistema è articolato su più livelli, con una decisa differenziazione tra le diverse fasce di età e, in particolare, tra il Diabete di tipo 1 insorto in età evolutiva e il diabete di tipo 2.

DIABETE IN ETÀ EVOLUTIVA

Il livello di assistenza primaria in tale ambito è affidato principalmente alla figura del Pediatra di Libera Scelta (PLS) convenzionato con il SSN, e capillarmente presente su tutto il territorio nazionale. La prevalenza stimata del Diabete di tipo 1 è di circa lo 0.5% della popolazione generale, con valori di incidenza variabili da regione a regione, in media di circa 10 – 12 casi/anno/100.000 abitanti. È quindi stimabile che ogni PLS, accreditato di circa 500 assistiti, abbia in carico almeno un bambino con Diabete di tipo 1. Tuttavia, la maggioranza dei PLS, in presenza del problema diabete di tipo 1, ritiene corretto affidare i pazienti direttamente alle cure di un Centro di livello specialistico.

Il secondo livello di cure è discretamente omogeneo, anche se non sempre ben formalizzato. Tale livello è quasi esclusivamente situato in strutture Ospedaliere, Universitarie o di IRCCS.

Una volta che il Centro riceve il paziente, attiva la presa in carico del bambino o ragazzo diabetico, coinvolgendo il PLS e i servizi territoriali, anche al fine di migliorare il più possibile la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

DIABETE IN ETÀ ADULTA

Anche qui il primo livello di assistenza è affidato alle cure primarie rappresentate dai Medici di Medicina Generale (MMG) convenzionati con il SSN.

In media è stato calcolato che ogni MMG ha in carico tra i 60 e gli 80 pazienti diabetici ogni 1000 assistiti; la media dei contatti annuali con questi è di 18 visite l'anno, che sale a più di 20 negli ultrasettantenni (Health Search, 2005).

Questa popolazione di diabetici gode di un discreto compenso (il 53% del totale ha un'HbA1c inferiore a 7%), è in trattamento con ipoglicemizzanti orali (61%), con sola terapia insulinica o senza alcun trattamento farmacologico.

Il secondo livello di assistenza è rappresentato dai Centri di Diabetologia. Si tratta di una vasta rete di Centri, situati per lo più all'interno degli Ospedali o delle Università, ma presenti anche in contesti territoriali, con dotazione variabile di risorse tra le diverse regioni italiane.

Inoltre, nonostante siano non pochi i Centri con elevata specializzazione e attrezzati per assistere le maggiori complessità, solo il 29% di essi dichiara di aver adottato dei modelli di integrazione/comunicazione con i MMG, meno della metà ha attivato uno specifico ambulatorio per la diagnosi e cura delle complicanze d'organo e solo una minoranza eroga con regolarità programmi strutturati di educazione terapeutica.

L'analisi della situazione attuale dimostra che per quanto buona sia la percentuale di soggetti che raggiungono un adeguato controllo metabolico e che ricevono gli opportuni controlli periodici, esistono margini di ulteriore sostanziale miglioramento sia a livello di assistenza primaria che di Centri di diabetologia.

Per contro, i sistemi di *recall* dei pazienti, i modelli di organizzazione integrati con altri specialisti per la diagnosi e la cura delle complicanze, la regolarità del *follow-up* con avvio dello stesso al momento della diagnosi della malattia, il coinvolgimento attivo della persona con diabete, la gestione integrata con i MMG vanno considerati elementi irrinunciabili.

2. GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO

Questa parte richiama gli obiettivi generali del Piano, individuando per ciascuno specifiche raccomandazioni per migliorare gli *outcome* (esiti sanitari delle cure).
La loro attuazione richiederà il coinvolgimento di tutti gli Attori, nell'ambito dell'autonomia regionale; ciò può non essere semplice in un sistema con risorse limitate e barriere anche di tipo culturale.
Pertanto, oltre alla condivisione dei contenuti, saranno necessari:

- una comunità di intenti;
- posizioni di accordo dei vari interlocutori;
- l'input del Governo centrale, delle Regioni, degli Esperti e delle Società Scientifiche;
- il coinvolgimento del MMG, del PLS e dei team diabetologici territoriali e ospedalieri, nonché di tutte le altre figure professionali coinvolte, delle persone con diabete, delle loro Associazioni e del volontariato;
- una adeguata informazione e formazione;
- l'integrazione tra iniziative di prevenzione e assistenza;
- un impegno ad attuare le best practice e la Evidence Based Medicine (EBM);
- il miglioramento delle attività di coordinamento;
- il miglioramento e la traslazione nella pratica clinica delle attività di ricerca.

Tutto questo porterà indubitabili vantaggi, tra i quali il miglioramento della qualità della cura e della vita delle persone con diabete, l'auspicabile riduzione dei ricoveri ospedalieri per eventi acuti e per complicanze croniche con riduzione della percentuale dei costi diretti, l'auspicabile riduzione delle complicanze croniche e quindi delle disabilità con conseguente prevedibile incremento della produttività lavorativa, e contestuale riduzione dei prepensionamenti da inabilità.
Viceversa, senza alcun intervento, aumentando incidenza e prevalenza della malattia e delle complicanze, si possono ipotizzare un aumento dei costi, nessuna modifica nel numero dei ricoveri, un aumento delle invalidità dovute alle complicanze croniche e quindi dei costi sanitari diretti e indiretti, il peggioramento della qualità della vita e della soddisfazione per i servizi erogati.

2.1 Obiettivi e strategie generali

Sono stati definiti dieci obiettivi generali, che focalizzano l'attenzione su alcune aree chiave, al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con o a rischio di diabete, sulla popolazione e sul SSN. Tali obiettivi non sono elencati per importanza e non vi è una implicazione di priorità.

RIQUADRO 9 – DIECI OBIETTIVI GENERALI

1. *"Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"*

2. "Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"

3. "Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"

4. "Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"

5. "Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale"

6. "Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"

7. "Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"

8. "Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona"

9. "Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"

10. "Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità"

Le strategie generali individuate dal Piano interessano invece tutta la gamma degli interventi (prevenzione primaria, assistenza, *management*, prevenzione delle complicanze ecc.), ed hanno come target la popolazione generale, la popolazione ad alto rischio, le persone con diabete, gli erogatori dell'assistenza (inclusi i professionisti sanitari specialisti, i MMG e PLS, il personale sanitario e non), le Istituzioni a livello centrale e locale.
In particolare:
a*) l'informazione e la formazione* sono fondamentali e interessano vari aspetti quali la creazione di una conoscenza diffusa del diabete, delle strategie di riduzione dei rischi e dei sintomi, oltre all'educazione sulla gestione della malattia e sulla consapevolezza del diritto a una assistenza professionale e a idonei servizi di supporto;

b) *le pratiche cliniche e assistenziali basate sulle prove scientifiche* hanno importanza per definire le responsabilità di chi fornisce assistenza e incidono sul miglioramento dell'efficacia e della tempestività dell'accesso. Tali pratiche dovrebbero essere considerate nella attività clinica, nella programmazione sanitaria e ai fini della allocazione delle risorse;

c) *l'approccio orientato alla persona* è l'arma più efficace contro una patologia di lunghissima durata, sistemica, multifattoriale e ad alta prevalenza, qual è il diabete; ciò implica una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare, sia la rete specialistica sia l'assistenza primaria;

d) *i nuovi scenari organizzativi*, in armonia con i modelli esistenti nelle vari Regioni, dovranno integrare i contributi delle diverse figure assistenziali all'interno di un continuum di percorso diagnostico-terapeutico rispettoso delle esigenze sanitarie individuali della persona con diabete;

e) *il coordinamento sistematico* tra Governo, Regioni, Società scientifiche e Associazioni di pazienti dovrà essere un fondamentale elemento per migliorare conoscenza, efficacia delle cure e accesso.

2.2 Gli obiettivi generali, specifici, indirizzi strategici e le relative linee di indirizzo prioritarie
Verranno ora approfonditi i singoli obiettivi generali; per ciascuno saranno elencati obiettivi specifici, indirizzi strategici e linee di indirizzo prioritarie.

OBIETTIVO 1
(erogazione e monitoraggio dei servizi)

"Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"

Obiettivi specifici

- realizzare un censimento dell'offerta specialistica verificata dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, servizi);
- creare un coordinamento laddove, nella stessa area geografica, coesistano più strutture specialistiche;
- creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze;
- razionalizzare la distribuzione dei team specialistici in maniera da mettere a disposizione Centri dotati delle necessarie risorse;
- promuovere l'assistenza diabetologica di primo livello integrata con quella specialistica;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con diabete.

Indirizzi strategici

- coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari e non, formando team locali idonei a gestire i vari gradi di complessità della malattia;
- condivisone dei PDTA e definizione dei ruoli e delle attività;
- utilizzazione e analisi periodica di indicatori;
- percorsi di formazione e verifica per il personale medico e non;
- definizione di un processo di gestione integrata che riguardi ogni singola persona con diabete dal momento della diagnosi.

Linee di indirizzo prioritarie

- recepire le raccomandazioni nazionali per la cura e l'assistenza della persona con diabete;
- istituire gruppi di lavoro rappresentativi dei diversi Attori, compresi i rappresentanti delle Associazioni delle persone con diabete rappresentative a livello regionale;
- costruire banche dati, in cui confluiscano dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- garantire un aggiornamento continuo;
- gestire l'ingresso di ogni persona con diabete nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia.

OBIETTIVO 2
(prevenzione e intersettorialità)

"Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"

Obiettivi specifici

- migliorare le conoscenze della popolazione sui corretti stili di vita;
- promuovere stili di vita corretti nella popolazione generale al fine di ridurre l'incidenza del diabete o ritardarne l'insorgenza tenendo sotto controllo l'aumento di sovrappeso e obesità nella popolazione;
- identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete nella popolazione generale;
- migliorare lo stato nutrizionale della popolazione;
- aumentare la proporzione di soggetti fisicamente attivi;
- sorvegliare la prevalenza di scorretta nutrizione, inattività fisica, sovrappeso e obesità nella popolazione generale.

Indirizzi strategici

- attuazione di campagne istituzionali di informazione e educazione rivolte alla popolazione generale e a rischio e finalizzate a promuovere l'adozione di stili di vita salutari;
- formazione dei MMG, dei PLS, degli specialisti e del personale sanitario mirata alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce;
- impostazione e realizzazione, a livello locale, regionale e nazionale, di politiche, atti regolatori e programmi di prevenzione che intervengano sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita, al fine di creare un ambiente favorevole alla riduzione degli introiti calorici (facilitando il consumo di frutta e verdura e scoraggiando quello di alimenti non salutari) e all'assunzione di uno stile di vita attivo nella popolazione generale;
- attuazione, da parte degli operatori di Sanità pubblica, di azioni di *advocacy* verso i decisori istituzionali in favore della salute in tutti i settori della società civile;
- programmazione e realizzazione di azioni intersettoriali volte a responsabilizzare e coinvolgere portatori di interessi e settori della società al di fuori di quelli sanitari (scuole, comuni, luoghi di lavoro, enti sportivi, produttori, distributori e rivenditori di beni di consumo, ecc.) in interventi di documentata efficacia volti al miglioramento degli stili di vita della popolazione;
- attuazione a livello regionale di tutte le politiche e le normative nazionali ad approccio intersettoriale previste per la tutela delle persone con diabete;
- partecipazione alle principali strategie di promozione di stili di vita salutari a carattere intersettoriale previste a livello nazionale;
- partecipazione ai principali programmi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione previsti a livello nazionale;
- valutazione dei risultati delle strategie attuate.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia diabetica;
- sostenere e realizzare strategie pubbliche e di rete con i portatori di interessi su nutrizione, attività fisica, sovrappeso e obesità;
- attuare e valutare interventi che promuovano e facilitino l'assunzione di corretti stili nutrizio-

nali e di attività fisica da parte sia degli individui sia della popolazione generale;
- attuare e valutare iniziative di diagnosi precoce della patologia diabetica per i soggetti a rischio;
- realizzare sistemi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione che consentano di seguire i fenomeni nel tempo, di raffrontare le diverse realtà a livello locale, regionale, nazionale e internazionale e di valutare l'efficacia degli interventi.

OBIETTIVO 3
(conoscenze e sostegno alla ricerca)

"Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"

Obiettivi specifici

- migliorare le conoscenze e competenze di tutti gli Operatori Sanitari;
- migliorare le conoscenze sui fattori di rischio e sui determinanti genetici al fine di identificare precocemente le persone a rischio di diabete nella popolazione generale;
- migliorare le conoscenze sulla fisiopatologia della malattia diabetica per un intervento più efficace capace di ridurne l'incidenza o ritardarne l'insorgenza;
- migliorare le conoscenze sui fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di complicanze micro e macro angiopatiche;
- migliorare le conoscenze sull'appropriatezza delle terapie e favorire la ricerca di trattamenti appropriati per la malattia;
- migliorare le conoscenze sui modelli di gestione e assistenza alle persone con diabete;
- sostenere e programmare la formazione di giovani ricercatori nel campo della ricerca sul diabete.

Indirizzi strategici

- promozione dell'attività di ricerca sul diabete per incrementare le conoscenze sui fattori di rischio, le cause e la cura del diabete;
- miglioramento del coordinamento delle attività di ricerca italiane sul diabete attraverso la collaborazione interdisciplinare e la creazione di infrastrutture comuni atte ad agevolare l'impegno italiano a favore della ricerca sul diabete;
- coinvolgimento delle Associazioni delle persone con diabete e delle Società Scientifiche nella promozione e nel supporto dell'attività di ricerca.

Linee di indirizzo prioritarie

- supportare la ricerca sul diabete mediante programmi specifici e favorire l'accesso a finanziamenti nell'ambito dei programmi quadro dell'UE;
- promuovere le attività destinate alla raccolta fondi per la ricerca sul diabete e favorire forme di partnership per sviluppare le attività di ricerca sul diabete;
- programmare di Corsi di formazione sul modello del Progetto IGEA.

OBIETTIVO 4
(disuguaglianze sociali; fragilità e/o vulnerabilità)

"Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"

Obiettivi specifici

- migliorare l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con diabete in condizioni di fragilità o in contesti sociali difficili;
- promuovere l'empowerment del paziente nel proprio contesto sociale;
- migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del contesto sociale e familiare;

Indirizzi strategici

- definizione di specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone con vulnerabilità socio-sanitaria e/o non autosufficienti;
- impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche;
- formazione specifica rivolta ai team diabetologici;
- coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete;
- educazione terapeutica pertinente rivolta ai pazienti e alle loro famiglie.

Linee di indirizzo prioritarie

-
- censire e valutare le risorse strutturali, organizzative e umane già operative a livello regionale e aziendale per garantire adeguati livelli di assistenza;
- potenziare l'assistenza domiciliare integrata per il diabetico fragile;
- realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di fragilità e ai contesti sociali difficili.

OBIETTIVO 5
(diabete gestazionale; diabete e gravidanza)

"Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale".

Obiettivi specifici

- mettere in pratica le raccomandazioni della linea guida "Gravidanza fisiologica" su screening e diagnosi del diabete gestazionale;
- migliorare l'efficacia e l'accessibilità dei servizi per l'assistenza delle donne con diabete gestazionale e alle donne diabetiche in gravidanza;
- promuovere l'integrazione tra team diabetologico e le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza alla gravidanza;

- fornire alla donna con pregresso diabete gestazionale consigli circa lo stile di vita per ridurre la possibilità di sviluppare un DMT2;
- aumentare la conoscenza dei rischi associati alla gravidanza per la donna con diabete;
- migliorare l'accessibilità ai servizi per la assistenza della donna con diabete durante la gravidanza.

Indirizzi strategici

- miglioramento dell'assistenza ottenibile attraverso l'adozione di percorsi assistenziali specifici;
- sviluppo di programmi per la gestione integrata del diabete gestazionale;
- raccolta dati sul diabete gestazionale;
- raccolta dati sulle donne gravide con diabete preesistente;
- corretta informazione rivolta alle donne e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sulla malattia diabetica e sui fattori di rischio;
- formazione e informazione di tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti, dei pazienti e dei loro familiari, finalizzata alla gestione integrata della gravidanza;
- sviluppo di programmi nazionali per incrementare la conoscenza nella popolazione del diabete gestazionale;
- promozione di counselling pre-gravidanza e ottimizzazione del controllo del diabete per tutte le donne con diabete prima, durante e dopo la gravidanza;
- sviluppo di programmi per il management integrato della donna diabetica in gravidanza;
- sviluppo di programmi a livello nazionale che migliorino la formazione dei professionisti.

Linee di indirizzo prioritarie

- sviluppare e applicare standard di assistenza per il management clinico del diabete gestazionale;
- sviluppare sistemi di richiamo per le donne con pregresso diabete gestazionale al fine di monitorare il possibile futuro sviluppo della malattia diabetica.
- attuare le raccomandazioni definite a livello nazionale con il contributo delle Società Scientifiche per il management della donna in gravidanza con diabete preesistente;
- assicurare che la donna diabetica in giovane età abbia accesso al counselling prima della gravidanza e ottimizzare il controllo del diabete prima e durante la gravidanza;
- promuovere la programmazione della gravidanza nelle donne diabetiche;
- monitorare gli outcome della gravidanza nelle donne con diabete preesistente;
- assicurare team multi professionali e interdisciplinari e prevedere percorsi dedicati in modo specifico alle donne diabetiche in gravidanza o con diabete gestazionale.

OBIETTIVO 6
(età evolutiva)

"Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"

Obiettivi specifici

- promuovere la ricognizione delle strutture di diabetologia pediatrica dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse, e la loro allocazione secondo criteri di efficienza ed efficacia;
- sviluppare interventi per la diagnosi precoce in età evolutiva;
- promuovere l'integrazione interistituzionale tra i diversi livelli di cura;
- migliorare le competenze dei professionisti attraverso processi di formazione e accreditamento;
- realizzare attività di formazione e comunicazione della persona con diabete, con il coinvolgimento di Associazioni rappresentative, per il miglioramento della capacità di gestione della malattia da parte dei contesti familiare, relazionale e sociale.

Indirizzi strategici

- corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sulla malattia diabetica e sui sintomi precoci per un tempestivo riconoscimento della patologia;
- formazione e informazione degli specialisti e dei PLS, degli operatori sanitari e non, della famiglia, della scuola, delle Associazioni di persone con diabete;
- raccolta dati sull'incidenza e prevalenza del diabete e delle sue complicanze in età evolutiva;
- diffusione e attuazione di raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche a livello nazionale con il contributo delle Società Scientifiche, per guidare i professionisti, i pazienti e le Associazioni di persone con diabete.

Linee di indirizzo prioritarie

- supportare e condurre studi finalizzati alla prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete in età evolutiva;
- promuovere interventi per il miglioramento della qualità della vita negli ambiti relazionali propri dell'età;
- promuovere la ricognizione a livello regionale delle strutture diabetologiche dedicate e dei relativi assetti organizzativi e operativi;
- promuovere l'uso appropriato delle tecnologie promuovere l'adozione di idonei modelli assistenziali, con particolare riferimento alla delicata fase di transizione del diabetico adolescente.

OBIETTIVO 7
(epidemiologia e registrazione dei dati)

"Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"

Obiettivi specifici

- misurare l'incidenza e la prevalenza di diabete di tipo 1 e di tipo 2, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, valutando la possibilità di estendere tali misurazioni alle altre forme di diabete, quali diabete in gravidanza, MODY e altre forme rare;
- definire una lista di indicatori comuni per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria erogata (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi) tenendo anche conto di quanto definito nell'ambito di progetti già avviati (es. IGEA);
- integrare in rete le strutture operanti per la gestione della persona con diabete al fine di realizzare i programmi di gestione integrata della malattia, garantendo simultaneamente la connessione in rete dei servizi e la condivisione delle informazioni fondamentali per la realizzazione del programma secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

Indirizzi strategici

- Integrazione e potenziamento dei flussi informativi esistenti, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata per le persone con diabete;
- condivisione di metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici in ambito diabetologico;
- costruzione eventuale di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale;
- condivisione delle esperienze con il contesto internazionale, in particolare a livello europeo.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere l'attivazione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali) finalizzati alla condivisione di un sistema di indicatori su base nazionale;
- valorizzare le banche dati esistenti, potenziandole e creandone altre "ad hoc"in grado di interconnettersi tramite l'adozione di regole comuni al fine di disporre delle basi di conoscenza per il follow-up e la sorveglianza della patologia e per la verifica sulla assistenza erogata;
- promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.

OBIETTIVO 8
(diffusione delle competenze)

"Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona".

Obiettivi specifici

- adottare linee guida o documenti di consenso nella pratica professionale;
- condividere le linee guida organizzative per la gestione integrata del diabete, creando il retroterra, il consenso e l'adesione necessari alla loro attuazione;
- creare un linguaggio comune di comunicazione tra diversi gruppi di interesse;
- acquisire strumenti di interazione efficace per migliorare la relazione e promuovere la partecipazione attiva delle persone con diabete alla gestione della propria malattia;
- analizzare i risultati raggiunti nella realizzazione della gestione integrata valutando i punti di forza e le criticità;
- identificare e proporre eventuali correttivi legati alla propria pratica professionale o che richiedano un intervento dei decisori in una prospettiva di "apprendimento continuo" degli individui e dei sistemi;
-

Indirizzi strategici

- esame dei bisogni formativi dei team specialistici, degli MMG, dei PLS e pediatri di comunità, delle altre figure specialistiche, e del personale non sanitario coinvolto anche in relazione al tema della gestione integrata e al lavoro di team;
- la formazione deve prevedere un coordinamento a livello centrale e regionale per quanto riguarda la progettazione, pianificazione e valutazione di iniziative con il coinvolgimento di un ampio numero di Attori.

Linee di indirizzo prioritarie

- realizzare attività di formazione e informazione degli operatori coinvolti nella rete assistenziale;
- attuare processi strutturati e periodici di audit, ai diversi livelli assistenziali, su aspetti sia clinici sia organizzativi;
- promuovere programmi di gestione e miglioramento della qualità dell'assistenza;
- promuovere una sistematica revisione degli indicatori di attività;
- adottare specifiche politiche aziendali per la raccolta sistematica delle informazioni sulla qualità dei servizi percepita dai pazienti.

OBIETTIVO 9
(tecnologie)

"Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"

Obiettivi specifici

- formulare e applicare linee guida e documenti di consenso basati sulle evidenze scientifiche disponibili, con il contributo delle Società scientifiche e delle Associazioni di pazienti;
- definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse (ad esempio i sensori per la misurazione continua della glicemia) e istituire procedure che garantiscano l'adesione ai criteri di prescrizione che verranno definiti, un percorso educativo strutturato, la competenza del servizio di diabetologia (documentata e certificata) e il monitoraggio dei risultati;
- formare e informare sull'uso appropriato delle tecnologie le persone con diabete e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti;
- monitorare nel tempo l'adeguatezza e la qualità delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, garantirne il diritto all'accesso appropriato, favorire l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi, in particolare per l'autocontrollo glicemico.

Indirizzi strategici

- definizione di una modalità organizzativa che consenta equità di accesso alle tecnologie, valorizzando al tempo stesso le competenze e l'esperienza dei centri più specializzati e di alto livello di organizzazione.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere l'adozione di strumenti di qualità comprovata e controllarne nel tempo il mantenimento della qualità;
- garantire la formazione delle persone con diabete a un uso corretto e appropriato dell'autocontrollo glicemico e delle altre tecnologie;
- garantire idonei assetti organizzativi che permettano di verificare la qualità degli strumenti in uso e il monitoraggio dei criteri di continuità assistenziale e di efficacia e di efficienza;
- garantire idonei assetti organizzativi assistenziali che permettano di realizzare e verificare una adeguata formazione della persona con diabete all'uso delle tecnologie nell'ambito del quadro più complesso dell'educazione terapeutica;
- promuovere l'adozione, da parte delle strutture di riferimento diabetologico e di laboratorio, di strategie basate su un programma di VEQ o su confronto tra dati, nel rispetto di protocolli validati e condivisi dalle Società scientifiche, tenendo conto delle interferenze segnalate, della calibrazione e della possibilità di errore da parte del paziente;
- favorire una adeguata selezione dei pazienti che tenga conto di criteri di selezione condivisi.

OBIETTIVO 10
(forme di partecipazione)

"Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni di persone con diabete[2] rappresentative a livello regionale, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità"

Obiettivi specifici

- censire le Associazioni operanti sul territorio;
- promuovere un coordinamento regionale delle Associazioni;
- coinvolgere rappresentanti delle persone con diabete nelle commissioni/gruppi regionali deputati all'attuazione del PSN attraverso le Associazioni rappresentative a livello regionale;
- promuovere la partecipazione locale delle Associazioni nei gruppi di lavoro preposti all'organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete;
- coinvolgere le Associazioni nella identificazione delle criticità dell'assistenza;
- stimolare la formazione e la crescita culturale delle Associazioni.

Indirizzi strategici

- coinvolgimento attivo nei gruppi regionali e locali dei rappresentanti delle Associazioni
- formazione dei rappresentanti delle Associazioni da parte degli operatori sanitari secondo programmi condivisi a livello istituzionale;
- favorire formule di aggregazione tra le diverse Associazioni finalizzate alla partecipazione a gruppi di lavoro preposti all'organizzazione dell'assistenza.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere una ricognizione delle Associazioni operanti sul territorio;
- promuovere l'aggregazione tra le Associazioni;
- coinvolgere le Associazioni nei gruppi deputati alla attuazione locale del Piano e all'organizzazione dell'assistenza;
- promuovere la crescita del bagaglio di competenze specifiche delle Associazioni.

[2] nell'obiettivo definite di seguito "Associazioni"

3. LE MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

3.1 Il disegno assistenziale di riferimento

È stata precedentemente affermata la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologia sia tutti gli attori della assistenza primaria. Tale enunciazione non origina da un posizionamento ideologico, ma da una effettiva esigenza dei sistemi assistenziali, ampiamente riconosciuta in campo internazionale.
Un modello assistenziale di riferimento per il diabete deve raggiungere i seguenti obiettivi: ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico, garantire la qualità di vita, prevenire e curare le complicanze, ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce.
È, infatti, ampiamente dimostrato in letteratura che:

- nei soggetti a rischio, idonei stili di vita sono in grado di ridurre la comparsa del diabete in un'alta percentuale dei casi;
- le complicanze del diabete sono ampiamente prevenibili;
- una gestione integrata fra MMG e team diabetologico permette di rallentare l'evoluzione delle complicanze, contenendo i costi e garantendo una buona qualità della vita.

Per raggiungere gli obiettivi di cura è quindi necessario:

- educare la persona con diabete a una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- creare un'organizzazione di assistenza per la malattia cronica adeguata e diversa da quella per la malattia acuta;
- stabilire una comunicazione efficace tra i diversi livelli per realizzare concretamente la continuità assistenziale;
- monitorare i processi di cura definiti dall'applicazione delle linee guida di riferimento, realizzando adeguati sistemi informativi;
- definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi degli operatori impegnati nella cura della persona con diabete in tutti i livelli assistenziali;
- allocare risorse idonee all'ottenimento dei risultati.

La gestione integrata si è rivelata strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti.
Essa prevede l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia, un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità, e gli indicatori di risultato intermedio e finale finalizzati a valutarne l'efficacia e l'efficienza.
Al riguardo, si porta l'esempio del Progetto IGEA (Integrazione, Gestione E Assistenza per la malattia diabetica), che trova le sue origini e il suo collegamento con il Piano Nazionale di Prevenzione approvato in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005. Esso rappresenta uno strumento importante negli ultimi anni per lo sviluppo di un disegno unitario di gestione integrata, ampiamente condiviso e rispettoso dei diversi modelli organizzativi delle varie Regioni.

3.2 Dalla rete specialistica verso un nuovo sistema di cure, reticolare e multicentrico

L'esperienza italiana degli ultimi 20 anni, sviluppatasi attraverso la creazione di una rete di centri specialistici a prevalente attività ambulatoriale, ha indubbiamente realizzato importanti miglioramenti sul piano del controllo della malattia diabetica e delle sue complicanze.

Nonostante il buon livello di assistenza, l'aumento della prevalenza della malattia richiede un migliore processo di integrazione con altri professionisti che partecipano alla gestione.

È quindi obiettivo di questo Piano indirizzare verso un sistema che realizzi tale integrazione, attraverso la progressiva transizione verso un modello "reticolare" pluricentrico, che persegua concordemente percorsi diagnostico terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona affetta da diabete.

Un simile sistema deve tenere conto delle realtà locali, con l'obiettivo di organizzare una rete che integri i medici di medicina generale, capillarmente presenti sul territorio (assistenza primaria), con i team diabetologici (cure specialistiche), eventualmente raccordati con centri regionali di alta specializzazione.

Inoltre deve essere in grado di applicare in modo omogeneo le conoscenze scientifiche basate sulla EBM, condividendole con gli interessati, i quali, adeguatamente informati e educati, si muoveranno tra i principali nodi della rete a seconda delle necessità contingenti e delle varie fasi della malattia.

L'eterogeneità della patologia e i cambiamenti dettati dalla sua storia naturale comportano diverse esigenze assistenziali. Vi sono, quindi, pazienti con diverso grado di complessità e diversi punti di erogazione delle prestazioni (reparti di degenza per acuti, team diabetologici, ambulatori dei MMG/PLS) dei quali è necessario coordinare e integrare le diverse attività.

È noto come la maggior parte dei costi del diabete sia determinata dai ricoveri per le complicanze. Lo sforzo, quindi, deve mirare soprattutto a prevenirli, ricorrendo alla "medicina d'iniziativa" e al "follow up proattivo", sia da parte dei MMG che dei team diabetologici, strumenti, questi, che permettono di garantire un monitoraggio stabile dei pazienti, in particolare negli stadi più avanzati di malattia, e di intraprendere azioni correttive quando comincino a palesarsi i primi segni di scompenso metabolico.

In questa prospettiva la gestione ambulatoriale dei pazienti deve acquisire una funzione sempre più proattiva e l'ospedale spostare progressivamente il proprio livello di produzione quanto più possibile verso formule di gestione ambulatoriale o di day service.

Pertanto, partendo da un'idonea stadiazione dei pazienti[3] il sistema deve attivare PDTA personalizzati, differenziati in rapporto al grado di complessità della malattia nel singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni, indirizzando i casi più complessi verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo, e quelli meno complessi verso una gestione prevalente, da parte del MMG/PLS. Tutti i pazienti, sin dal momento della diagnosi, devono essere inseriti in un processo di "gestione integrata", in cui MMG/PLS e Centri di diabetologia partecipano alla definizione del PDTA e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici.

La "de-medicalizzazione" è un altro caposaldo dei disegni che si sono consolidati nelle esperienze internazionali più avanzate. In questa prospettiva vanno maggiormente valorizzate tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della malattia, necessarie a rispondere adeguatamente alla multidimensionalità della patologia diabetica, in primo luogo quelle infermieristiche che, attraverso adeguati processi formativi, potranno gestire follow up autonomi, in seno a piani di cura concordati tra Specialista e MMG/PLS, con il coinvolgimento attivo della persona con diabete.

In questo modello a rete diventa importante il contributo del Volontariato, che deve operare in partnership con i vari attori e con il team diabetologico, fornendo contributi significativi nei percorsi di corretta informazione, supporto e accompagnamento ai pazienti.

In conclusione, appare necessario un nuovo disegno reticolare e multicentrico orientato alla gestione delle persone con patologia a lungo termine, nel quale esse possano circolare attraverso

---

[3] vedi "Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete AMD, SIMG, SID" 2010

specifici Percorsi Assistenziali integrati e personalizzati, armonici con lo stadio clinico della patologia, con il grado di complessità assistenziale e con i propri bisogni individuali, senza una delega schematica e aprioristica a una o a un'altra figura professionale, ma con una interazione dinamica dei vari attori assistenziali.
È utile pertanto che ogni Regione strutturi tale disegno, con la partecipazione dei rappresentanti dei vari attori coinvolti nel processo assistenziale, sulla base di scelte che tengano in considerazione la storia, il territorio, i servizi, il proprio potenziale e i propri limiti.
Si rende altresì necessario il progressivo affermarsi di un disegno unitario nazionale, tale da garantire in ogni Regione, pur nel rispetto delle differenze, il massimo possibile in termini di processi attivati e di risultati assistenziali raggiunti.
Proprio in ragione di questo principio, il Piano non intende fornire un vero e proprio "modello", ma si prefigge di delineare il disegno di un sistema di rete, che dovrà poi essere sottoposto a un processo di contestualizzazione.
Di seguito si forniranno alcune linee di indirizzo prioritarie, che hanno il solo fine di favorire tale processo.

3.3 Linee di indirizzo prioritarie

È necessario un nuovo disegno assistenziale mirato a gestire le patologie croniche con efficacia, efficienza e attenzione ai bisogni complessi del paziente. Esso deve partire dalla piena valorizzazione della rete assistenziale costituita dal livello dell'assistenza primaria e dal livello delle cure specialistiche, riorganizzando e rifunzionalizzando le strutture e i servizi disponibili e riqualificando la rete dei professionisti.

La rete, oltre che intra-territoriale, va costruita anche tra le strutture specialistiche territoriali e ospedaliere, in una prospettiva di continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia.

È necessaria una maggiore flessibilità nei modelli organizzativi e operativi, che, per essere efficaci, devono prevedere servizi strutturati e organizzati, "riconoscibili", e professionisti dedicati, organizzati in team multi-professionali e multi-disciplinari, che gestiscano percorsi assistenziali integrati.

È fondamentale l'ingresso quanto più precoce della persona con diabete nel percorso diagnostico-terapeutico al quale partecipano tutti gli attori coinvolti in funzione del grado di complessità della malattia.

I ricoveri sono uno strumento costoso per i pazienti e per il sistema, evitabile con una efficace prevenzione della malattia e delle sue complicanze. Pertanto, va potenziato l'approccio ambulatoriale e integrato sin dalle fasi iniziali della malattia.

Per una gestione efficace, efficiente e centrata sui bisogni "globali" e non solo clinici, è necessario stadiare i pazienti sulla base del grado di sviluppo della patologia e dei bisogni assistenziali, utilizzando "percorsi assistenziali integrati" che includano "piani di cura", monitorabili attraverso indicatori di processo e di esito, gestiti dai diversi attori del sistema con approccio proattivo attraverso il "follow up attivo" e il richiamo dei pazienti nel rispetto delle scadenze previste.

La "centralità del paziente" deve impregnare tutto il programma di gestione delle patologie a lungo termine e responsabilizzare in ogni momento e in tale direzione tutti gli attori del sistema. Il paziente va sempre considerato l'attore fondamentale delle scelte relative al piano di cura con cui stabilire un vero e proprio patto di cura.

L'educazione terapeutica è una leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema; deve essere realizzata dal team diabetologico, con il contributo delle associazioni e del volontariato, attraverso programmi di educazione strutturata documentabili e monitorabili, nella prospettiva che i pazienti, resi consapevoli ed esperti, siano in grado di gestire la propria patologia e la propria qualità di vita al massimo delle potenzialità.

3.4 I capisaldi per consolidare la strategia del Piano

Nelle pagine seguenti ci si prefigge di fornire sinteticamente i focus fondamentali degli assi portanti della strategia sistemica di cui il Piano vuole essere promotore.

È evidente che risulta impossibile (e non è peraltro auspicabile) standardizzare rigidamente struttura e modalità di erogazione dell'assistenza ma, come più volte ribadito, ogni Regione conserva la propria autonomia nelle scelte strategiche, organizzative e operative, sebbene in armonia con il disegno nazionale.

Pertanto, la schematizzazione proposta si prefigge solo di sintetizzare e delineare gli aspetti generali, fornendo spunti di riflessione sui principali capisaldi per consolidare un disegno del Servizio sanitario nazionale.

Tali capisaldi, la cui validità è ampiamente riconosciuta in campo internazionale, dovranno trovare una efficace ed efficiente contestualizzazione nelle singole realtà regionali, tenendo conto delle strutture esistenti e degli assetti organizzativi e operativi presenti e storicizzati.

In altri termini si dovrà tener conto delle potenzialità presenti nei contesti locali ma in una prospettiva di profonda e radicale innovazione del sistema di Cure Primarie orientate alla gestione delle persone con diabete e, più in generale, dei pazienti con patologia cronica.

Rete assistenziale con forte integrazione tra MMG/PLS,
team della Struttura specialistica e Associazioni di Volontariato.

Il diabete per la sua crescente prevalenza e incidenza per la sua complessità patogenetica, e quindi terapeutica, per la frequenza e severità di complicanze sistemiche, richiede un peculiare modello di cura della cronicità. A questa peculiarità deve rispondere la revisione della rete gestionale del PDTA tale da garantire la maggiore flessibilità d'interevento in funzione dello stadio della malattia e del suo grado di complessità.

La "rete" non nasce da un semplice raccordo tra servizi e operatori ma da una reale integrazione organizzativa e operativa, basata essenzialmente su un continuo scambio di informazioni raccolte in maniera omogenea.

In altri termini, un "sistema" diviene tale se, oltre alle singole parti e componenti, sa governare le interfacce organizzative, usualmente poco presidiate, e se, nel rispetto della specificità dei diversi contributi, sa effettivamente andare oltre le tendenze autoreferenziali che scaturiscono da specifici punti di vista.

"Fare rete" non è massificare, ma, su una base di unitarietà, saper dare evidenza e riconoscimento ai contributi di ogni componente e di ogni attore.

Assistenza ambulatoriale per ridurre il numero dei ricoveri evitabili

Il ricovero risulta essere ancora uno strumento di gestione delle persone con diabete.

Un sistema di governo clinico e di gestione integrata deve prefiggersi primariamente di ridurre i ricoveri impropri ed anche quelli, certamente più numerosi, che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza e dall'insorgenza di complicazioni croniche.

La "assistenza pro-attiva" esercitata da tutti gli attori della rete, ciascuno per le proprie compe-

tenze, è lo strumento per prevenire le complicanze che necessitano del ricovero e in ogni caso per mettere in atto tutte le misure di prevenzione secondaria in caso di riconoscimento precoce della complicanza d'organo.
Il Piano sottolinea con forza che l'assistenza ambulatoriale, erogata in forma integrata da tutti gli attori della rete, è la formula più appropriata di assistenza alla persona con diabete. A tale proposito va sottolineato che il team diabetologico è nella condizione migliore per affrontare e gestire tutta la complessità della malattia grazie alla possibilità di avvalersi di competenze multidisciplinari (cardiologo, nefrologo, neurologo, oculista, chirurgo plastico, ortopedico, chirurgo vascolare, ecc.). Questa complessità, tuttavia, dovrebbe essere gestita quanto più possibile mediante articolazioni di tipo ambulatoriale (ambulatori protetti, ambulatori specialistici multidimensionali e multidisciplinari, day service) o di day hospital, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati e di grande severità o complessità.
Va anche sottolineata la necessità di garantire una gestione ottimale della malattia quando la persona con diabete è ricoverata in ospedale per altra patologia quale trauma, infezione, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza. Tale gestione dovrebbe includere una vera presa in carico da parte del team diabetologico durante la degenza, una continuità assistenziale territorio-ospedale, una dimissione protetta.

Team Specialistici dedicati

(vedi anche riquadro dedicato)

Partecipano alla diagnosi e alla cura di tutte le persone con diabete fin dal momento della diagnosi, con interventi più frequenti nei pazienti con situazione clinica a più alta complessità e meno frequenti nei pazienti a più bassa complessità, soprattutto nelle fasi di stabile buon compenso e in assenza di complicanze significative. La loro partecipazione alla cura si svolge sempre in integrazione con il MMG/PLS. Fungono anche da consulenti per i diabetici ricoverati per altra patologia.
Considerata l'alta prevalenza delle patologie croniche e del diabete mellito in particolare, un disegno di rete efficace deve avere dei livelli specialistici "dedicati", che non si sostituiscano agli attori dell'assistenza primaria, ma che ne siano il riferimento, in virtù di competenze ed expertise specifici, in particolare per il supporto nella gestione dei pazienti a maggiore complessità.
Il team diabetologico contribuisce, in accordo con i MMG e in collaborazione con altri specialisti, alla definizione del PDTA personalizzato di ogni persona con diabete e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali.
L'appropriatezza del setting di cura e la valorizzazione di tutta la rete di professionalità che contribuiscono a costruire i percorsi assistenziali dei pazienti, "personalizzati" in relazione allo stadio di malattia e ai bisogni "globali" (e non solo clinici) di assistenza, sono i capisaldi fondamentali del consolidarsi di una rete "multicentrica", nella quale il paziente possa circolare in modo ponderato e guidato (managed care), non in modo caotico né sulla base dell'occasionalità degli accessi al momento del manifestarsi del bisogno assistenziale (usual care).

Adeguata organizzazione delle attività del MMG/PLS

(vedi anche riquadro dedicato)

Il rapporto di fiducia che costituisce il legame con il paziente deve essere pienamente riconosciuto e valorizzato da parte di tutti gli attori del sistema.
Gli attori dell'assistenza primaria, tra i quali è importante valorizzare meglio anche i Medici della Continuità Assistenziale, sono riferimenti portanti del sistema e devono rimanerlo anche per i pazienti a maggiore complessità assistenziale, per i quali il contributo del team specialistico dedicato diviene più consistente e frequente.
In conseguenza di ciò, in una logica di rete integrata, vi saranno pazienti con un follow up speciali-

stico più frequente e pazienti con un follow up maggiormente gestito dal MMG/PLS.
Il MMG e il PLS contribuiscono, in accordo con il Centro di diabetologia e in collaborazione con altri specialisti, alla definizione del PDTA personalizzato di ogni paziente e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali.
Questa visione di gestione integrata "multicentrica" riconosce, quindi, il valore di ogni componente, dà centralità ai fabbisogni dei pazienti calibrando su di essi il disegno del follow up ed è finalizzata a evitare confusione di ruoli, scongiurando che sia la pura occasionalità a indirizzare il paziente e a guidarne le scelte.
Tale visione comporta il miglioramento dell'efficacia della prestazione assistenziale integrata sfruttando l'esistenza di studi medici associati, con presenza di personale infermieristico e tecnologia necessaria all'adeguata raccolta e condivisione delle informazioni cliniche, da cui sia agevole anche ricavare gli indicatori di performance.
L'ACN- Accordo Collettivo Nazionale 2009 ha delineato nuove formule organizzative (UCCP, AFT), aprendo nuovi scenari di valorizzazione dell'assistenza primaria e di gestione integrata. Tra questi va ricordato il ruolo dell'infermiere territoriale nella gestione proattiva anche dei pazienti diabetici in carico ai MMG/PLS. Su tali scenari le Regioni stanno già impegnandosi, nelle more dell'adozione di specifici atti normativi e dell'articolazione del nuovo ACN.

Ingresso nel percorso diagnostico-terapeutico

Attraverso la valutazione dell'intensità di cura e in relazione alla "stadiazione" della malattia e dei fabbisogni assistenziali dei pazienti, in una logica di "salute globale", cioè di un concetto di salute che includa anche l'illness, cioè la "malattia vissuta" e i bisogni non-clinici.
I percorsi assistenziali dovranno essere modulati in rapporto alla stadiazione, gestiti attraverso lo strumento del follow up attivo (medicina d'iniziativa, assistenza pro-attiva), concordati con il paziente (patto di cura) applicati e dinamicamente monitorati per alimentare la verifica delle performance del sistema.
Questa "conoscenza di sistema" è utile per rivedere criticamente le strategie attuative e per dare corpo alle logiche di accountability (verificabilità intesa come "rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate") che stanno alla base del "governo clinico".

Sistemi di misura e di miglioramento della qualità delle cure e della qualità della vita

Devono essere strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali. In altri termini, tali sistemi non devono solo guardare alle dimensioni "macro" e non devono essere utilizzati soltanto "ex post".
Devono poter monitorare i percorsi assistenziali in itinere, fornendo indicatori sulla gestione dei sub-target di pazienti (suddivisi in ragione della "stadiazione") ed anche del singolo paziente.
Devono avere una struttura dinamica, che permetta non solo le valutazioni finali di un periodo (es. la valutazione dei dati dell'anno), ma anche le verifiche in itinere, che possono fornire dati e informazioni utili a rivisitare criticamente la strategia e l'organizzazione dell'assistenza durante il corso dell'anno.
È quindi fondamentale che gli strumenti di misura guardino non solo ai processi attivati e alle attività svolte, ma anche agli "esiti", intesi non solo come esiti clinici, ma anche come benessere e qualità della vita.

Autonomizzazione della persona con diabete
(empowerment nella cura e nella gestione del percorso assistenziale)

La persona con diabete è e resta il "decisore" fondamentale di tutto quanto riguarda la gestione della propria salute e della propria malattia e deve essere posta nelle condizioni di decidere coscientemente.
Il paziente "consapevole ed esperto" non può rimanere una semplice affermazione, ma deve essere il risultato di un processo continuo che metta radicalmente in discussione l'asimmetria relazionale tra paziente e servizi, e tra paziente e operatori.
Tale processo, per concretizzarsi, ha bisogno, anzitutto, di riconoscere la necessaria centralità alla "comunicazione" e alla "relazione", che sono i capisaldi del rapporto di fiducia del paziente/utente con il Servizio sanitario e che, nella gestione delle patologie croniche, divengono le leve fondamentali per consolidare quel "patto di cura" che sta alla base della possibilità di ottenere risultati di salute e riduzione dei costi superflui.
Ciò implica un nuovo orientamento dei servizi e degli operatori, nuovi spazi, tempi adeguati e nuovi strumenti, oltre ad una nuova cultura di base che va alimentata attraverso processi di apprendimento nei contesti di lavoro (formazione "sul campo"), che valorizzino il sapere di cui sono ricche le "routine assistenziali" quotidiane.

Responsabilizzazione delle direzioni strategiche e dei "responsabili gestionali"

Nel governo clinico bisogna evitare l'errore di guardare solo alle logiche e agli aspetti tecnico-professionali, trascurando le problematiche gestionali e organizzative. In altri termini, bisogna ridurre la distanza tra programmatori/decisori e operatori tecnici.
È pertanto necessario che i processi di programmazione siano condivisi tra i professionisti e i responsabili gestionali (direzioni aziendali, direzioni di distretto, di ospedale, etc.) e che i sistemi di valutazione possano contemplare aree di responsabilità per tutte le componenti che con le loro leve, tecniche o gestionali, incidono sui processi assistenziali e sui risultati.

Efficaci sistemi di comunicazione

La comunicazione è l'asse fondante della gestione integrata e delle reti assistenziali.
È, infatti, l'elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio-ospedale). È, inoltre, il fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. La comunicazione, quindi, impregna qualunque espressione e qualunque momento dell'assistenza.
Sono disponibili una serie di nuove tecnologie (sistemi di comunicazione audiovisiva sincroni e asincroni, la telemedicina, etc.) che aprono nuove interessanti frontiere e che, almeno nell'attuale fase di sperimentazione, sembrano poter contribuire a facilitare la comunicazione e a migliorare l'assistenza negli aspetti relativi all'efficacia e all'efficienza.
È necessario quindi, essere molto attenti ai possibili nuovi scenari assistenziali che questi strumenti aprono, ma, per non vanificarne la portata, non bisogna dimenticare che alla base degli impianti tecnologici deve esistere un profondo lavoro organizzativo, senza il quale la tecnologia rischia di divenire solo una "falsa soluzione".
Non bisogna dimenticare, inoltre, che la relazione umana, interpersonale, con il paziente e i familiari è e deve rimanere il fulcro dell'assistenza, evitando, in tal modo, che le tendenze ipertecnologiche ci rendano tecnicamente migliori ma empaticamente inadeguati.

Ruolo delle farmacie nell'approccio integrato alla gestione del diabete

La gestione di una patologia cronica come il diabete prevede, da parte di tutte le componenti del SSN, che il paziente sia inserito in un percorso assistenziale volto alla gestione della terapia e alla prevenzione delle principali complicanze, i cui presupposti sono l'educazione della persona con diabete e l'utilizzo corretto di tutte le risorse disponibili.
Le farmacie, presidi del SSN sul territorio, sono uno dei punti di riferimento per la persona con diabete e dei suoi familiari, perché rappresentano il più agevole e frequente accesso.
Il farmacista possiede facilità di dialogo e instaura un rapporto di confidenza con gli utenti abituali. Queste relazioni di prossimità e il suo ruolo professionale gli permettono di svolgere un ruolo potenzialmente attivo nell'educazione, informazione e assistenza personalizzata al diabetico.
In particolare, il coinvolgimento attivo delle farmacie nei processi informativi permette di conseguire, grazie alla diffusione sul territorio e ai continui rapporti con i cittadini, significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria secondo protocolli condivisi con il team diabetologico e il MMG/PLS, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti a lungo termine.

RIQUADRO 10 - IL "TEAM SPECIALISTICO DEDICATO"

La visione del Piano è quella di una rete integrata "multicentrica", che si prefigge di valorizzare i differenti contributi di tutti gli attori assistenziali che entrano in gioco nella gestione delle persone con diabete.
Per tradurre questa visione in un nuovo Sistema di Cure Primarie, è necessario abbattere i muri che impediscono o ostacolano l'utilizzo degli strumenti (gestione integrata, percorsi condivisi, follow up attivo, etc.) indispensabili per ottenere risultati migliori in tutti i campi dell'assistenza.
In sintonia con quanto detto, la funzione dei team diabetologici deve, anzitutto, essere intesa come funzione "unica e continua", che tende a svilupparsi lungo tutta la storia naturale di ogni singola persona con diabete e, quindi, lungo tutto il suo percorso assistenziale.
Abbattere i muri significa pensare a una funzione specialistica "unica", indipendente dall'allocazione fisica delle Strutture, individuando idonee soluzioni gestionali interaziendali quando tali funzioni siano distribuite tra diverse Aziende sanitarie. Una funzione "unica", quindi, lungo la quale i pazienti circolano in modo non occasionale, ma, guidati dal proprio "percorso assistenziale", vengano attivamente indirizzati verso quei contesti che siano in grado di rispondere meglio alle esigenze assistenziali specifiche, valutate attraverso la "stadiazione".
La funzione dei team diabetologici, quindi, deve interagire costantemente con gli attori dell'assistenza primaria anche per i pazienti meno complessi, fornendo consulenza per un inquadramento diagnostico e terapeutico al momento della diagnosi e garantendo un follow-up specialistico condiviso e a frequenza variabile a seconda dei casi e della condizioni contingenti.
In continuità con tale disegno, il team specialistico, soprattutto se collocato a livello ospedaliero, deve gestire le condizioni acute e deve svolgere consulenza per le Unità Operative di degenza dove sono ricoverati diabetici affetti da altre patologie, "o, come previsto anche dalla Legge 115, di Centro Specialistico di III livello, svolgere compiti diagnostici e terapeutici per casistiche di particolare complessità, in ambito regionale."
Il Piano utilizza il termine "team diabetologico" proprio a sottolineare che, in considerazione della complessità del diabete mellito, oltre allo specialista specifico (diabetologo) vi è necessità di integrare nel disegno assistenziale altri specialisti (neurologo, oculista, dietologo, etc.) e altre figure cardine dell'assistenza: l'infermiere (che riveste un ruolo primario anche attraverso il follow up infermieristico), il/la dietista (che favorisce il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e garantisce costantemente al team informazioni sullo stato nutrizionale del paziente, sul grado di adesione al piano dietetico e sui progressi effettuati nel raggiungimento degli obiettivi nutrizionali), l'assistente sociale (professionista necessario nella valutazione dei parametri socio-familiari indispensabili per individuare tutti i fattori non-clinici da tenere in considerazione nella "stadiazione" dei pazienti e figura indispensabile nei casi "complicati" da difficoltà socio-familiari), lo psicologo (figura importante per il sostegno del team e per la sua formazione negli ambiti di gestione della comunicazione/relazione, della programmazione e gestione dei programmi di educazione strutturata), il podologo (considerata la specificità del piede diabetico) e cosi via.
Una ulteriore riflessione si rende necessaria rispetto al Team "dedicato". L'esperienza italiana testimonia come sia importante la funzione specialistica specifica e quali risultati essa sia in grado di generare. Il personale "dedicato" è un ulteriore strumento di valore nell'assistenza, non solo perché questo implica disponibilità di *tempo, acquisizione di maggiori competenze, e, quindi, di potenziale maggiore efficacia, ma anche perché la "visibilità" e la "riconoscibilità", sia dei servizi sia degli operatori, da parte dei pazienti sono una prerogativa di risultato. Pertanto, lo svilupparsi delle logiche di rete non deve portare all'indebolimento di questi capisaldi, ma piuttosto all'ampliamento del valore dei contributi di tutti gli attori della rete, che è presupposto per una migliore valorizzazione delle funzioni specialistiche specifiche e del "personale dedicato", che potrà divenire motore fondamentale di crescita dell'intero sistema assistenziale.*
Alla luce di quanto sopra, il team diabetologico multiprofessionale opera in modo coordinato attorno ai problemi dell'assistenza alla persona con diabete, elaborando procedure interne ed esterne condivise e revisionate periodicamente e assicurando la condivisione delle informazioni anche ai pazienti. Le sue funzioni sono: a) assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura; b) di educazione terapeutica strutturata; c) epidemiologiche (raccolta dati clinici); d) di formazione di tutti gli altri operatori sanitari coinvolti. Per un'uniforme assistenza al diabete su tutto il territorio nazionale è auspicabile che vengano rispettati standard che permettano un'adeguata organizzazione del servizio e un efficace intervento sul bacino d'utenza.
Come già detto, il Centro di Diabetologia a collocazione ospedaliera deve essere in grado di interloquire con le Strutture territoriali, siano esse Distretti, altre strutture diabetologiche o Studi di MMG/PLS, mentre eventuali Centri di Diabetologia a collocazione territoriale devono essere in grado di fornire agli Ospedali che ne fossero privi, la consulenza diabetologica per tutte le persone con diabete ricoverate che ne abbiano necessità e devono garantire la corretta e attiva presa in carico delle persone con diabete dimesse.

RIQUADRO 11 - ADEGUATA ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL MMG

Il MMG è e deve essere, al di fuori di ogni retorica, la figura-cardine della gestione integrata dei pazienti cronici, anche di quelli a maggiore grado di complessità, malgrado questi, per le loro caratteristiche, necessitino di follow up specialistici più frequenti.
È evidente che il contributo effettivo del MMG alla rete assistenziale che si è precedentemente delineata dipende anche da altre variabili, che possono avere potenziali effetti positivi sulle performance del medico, tra cui la partecipazione a forme avanzate di associazionismo, la presenza nello studio di personale infermieristico, la partecipazione a network professionali.
La funzione del MMG nel disegno di gestione integrata dei pazienti cronici non va vista soltanto per il suo contributo clinico-assistenziale, ma anche per il "rapporto di fiducia" con il paziente, che sta alla base del "patto di cura" che rappresenta lo strumento-cardine per la "co-costruzione" del percorso assistenziale e per la responsabilizzazione e l'empowerment del paziente. Inoltre, egli è l'operatore che ha maggiore conoscenza del paziente, delle sue caratteristiche personali e socio-familiari. Questo elemento sta alla base della potenzialità dei MMG di assistere, gestire e curare le persone con diabete, nel rispetto del loro ruolo di medici del SSN e del CCN con una visione globale, che tenga conto di tutti gli aspetti della cura e dei bisogni del paziente, non solo quelli relativi alla malattia.
Il rapporto continuativo e i frequenti controlli dovrebbero essere opportunamente sfruttati per raggiungere alcuni obiettivi "strategici", corrispondenti ad altrettante criticità assistenziali:
- la diagnosi precoce del diabete mellito tipo 2;
- l'aderenza alle terapie prescritte e al percorso di cura;
- il raggiungimento dei target terapeutici;
- l'aderenza agli stili di vita;
- l'utilizzo appropriato dell'automonitoraggio glicemico (anche in termini di valutazione dei dati);
Nell'ambito delle attività finalizzate alla diagnosi precoce delle complicanze del DM si raccomanda che anche per il MMG siano enfatizzate e sottolineate in ogni PDTA locale l'importanza e la necessità dell'esame periodico del piede (almeno una volta l'anno).
Un nuovo Sistema di Cure Primarie deve saper guardare al MMG come componente di una rete integrata e non più come singolo professionista. L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2009 orienta l'attuale disegno organizzativo verso nuovi scenari di maggiore impegno e di maggiore valore della Medicina Generale.
L'art. 26 bis dell'ACN parla, infatti, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), una nuova formula organizzativa finalizzata a condividere buone pratiche assistenziali nell'ambito dell'assistenza primaria, dando quindi, attraverso questa formula di "network della conoscenza", una forte centralità all'apprendimento e alle competenze come strumenti di riqualificazione dei professionisti.
L'art. 26 ter sulle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), apre, inoltre, una nuova prospettiva organizzativa che intende porre il MMG "dentro" il sistema assistenziale del distretto con nuove formule di responsabilità nell'assistenza territoriale.
Si tratta di ambiti nei quali le Regioni sono in atto impegnate e il cui sviluppo dipenderà molto dalle potenzialità e dai limiti dei diversi contesti, ma è indubbio che possano aprirsi nuove prospettive di gestione integrata e di maggiore interazione con le figure allocate a livello distrettuale.
Di indubbia importanza, in un tale disegno di Cure Primarie Integrate, sono:
- l'utilizzo di sistemi informativi "esperti" in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale attraverso una attività di audit integrato con il team specialistico, basata su indicatori di processo ed esito;
- il potenziamento e l'utilizzo di strumenti di comunicazione e di scambio informativo.
In particolare i sistemi informativi dovranno fornire un opportuno supporto alla condivisione-circolazione dei dati clinici dei pazienti per ottimizzare il percorso di cura, evitare la inutile ripetizione di esami, far capire alle persone con diabete che sono realmente inserite all'interno di un network assistenziale con un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali utile a una maggiore attenzione nella cura e migliori risultati.
Infine, da parte dei MMG viene spesso auspicata la presenza del personale di studio cui delegare parte delle attività assistenziali e di prevenzione sotto la supervisione del medico stesso.

3.5 La rete di assistenza diabetologica dell'età evolutiva e la transizione dell' adolescente diabetico alla diabetologia dell'adulto

Le modalità e gli obiettivi della cura nella persona diabetica in età evolutiva si differenziano da quelli dell'adulto per: a) il coinvolgimento della famiglia che diventa responsabile della cura; b) la progressiva autonomizzazione nell'autogestione in funzione dell'età; c) la vita sociale (in particolare la scuola e l'attività sportiva).

DIMENSIONI E COMPLESSITÀ DEL PROBLEMA

Tutte le forme di diabete possono oggi comparire in età pediatrica (0 - 18 anni): diabete di tipo 1 autoimmune, diabete di tipo 2 associato a sovrappeso e obesità nonché diverse forme genetiche meno frequenti (MODY, Diabete Mitocondriale, Diabete Neonatale). In tutto il mondo ne è stato documentato il progressivo aumento che si accompagna a un abbassamento dell'età di esordio.
I bambini e gli adolescenti, essendo soggetti in fase di continua crescita ed evoluzione, presentano bisogni particolari e mutevoli. Nell'età evolutiva, il diabete mellito è caratterizzato da una forte instabilità e, quindi, da una gestione estremamente difficile in relazione a peculiarità fisiologiche, psicologiche e nutrizionali. Il diabete interferisce in ogni aspetto della vita e delle esperienze del bambino/adolescente, imponendo un peso che deve essere sopportato anche dai genitori, dai fratelli, dai parenti, dalla scuola e dalla comunità in genere.
Poiché nella popolazione esiste una scarsa consapevolezza del carico umano e sociale che grava sul bambino/adolescente affetto da diabete, la cura deve essere impostata non solo sotto il profilo biomedico, ma anche sotto quello psicosociale.
A oggi non tutti casi di diabete in età evolutiva sono gestiti in area pediatrica; al contrario essi sono in parte gestiti in strutture ove opera personale formato per assistere soggetti adulti, in particolare per il DMT2.
È necessario che la prevenzione, la diagnosi e la cura siano affrontate in area pediatrica, da personale dedicato e con specifica formazione; ciò è indispensabile per consolidare gli interventi di prevenzione e per migliorare l'assistenza ai bambini/adolescenti affetti da diabete.
Inoltre è necessario che le due aree della diabetologia, pediatrica e dell'adulto, siano fra di loro collegate, in particolare al momento della transizione dal servizio pediatrico a quello dell'adulto.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Principali obiettivi di cura

- prevenzione delle complicanze acute (chetoacidosi, ipoglicemia, infezioni);
- prevenzione delle complicanze croniche (vasculopatia, retinopatia, nefropatia, neuropatia);
- preservazione di una normale qualità e quantità di vita;
- piena e soddisfacente integrazione nell'ambito relazionale proprio della fascia d'età.

Standard di riferimento

- periodico screening o stadiazione del danno d'organo, mediante un dettagliato piano di visite ed esami bioumorali e strumentali conformi alle linee guida delle Società Scientifiche nazionali e internazionali;
- incontri periodici dell'unità paziente/famiglia con gli attori del disegno assistenziale (pediatra diabetologo, infermiere esperto in diabetologia, dietista, psicologo, assistente sociale);
- visite dettagliate comprensive di valutazione antropometrica, delle tecniche di monitoraggio e iniezione dell'insulina, del diario di autocontrollo e terapia, del diario alimentare.

Disegno assistenziale

Il modello assistenziale attualmente esistente in Italia, che prevede la gestione clinica specialistica del diabete mellito in età evolutiva presso Servizi di Diabetologia Pediatrica (L. 115/87, art. 5), ne-

cessita di un adeguamento alle esigenze emergenti, in particolare in tema di integrazione ospedale-territorio e socio-sanitaria, accentuando la tendenza alla deospedalizzazione con adeguati piani di assistenza sul territorio.
Il dpcm 29/11/2001 indica come determinanti per l'integrazione socio-sanitaria l'organizzazione della rete delle strutture di offerta e le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso valutazioni multidimensionali.
Ciò può realizzarsi attraverso una progressiva ristrutturazione delle funzioni specialistiche che portino alla creazione di unità diagnostico-terapeutiche integrate ospedale-territorio, volte alla prevenzione, diagnosi e cura del diabete in età evolutiva, al fine di minimizzare la quota di accessi ospedalieri inappropriati e favorire dimissioni precoci e protette nel caso in cui sia necessario ricorrere al ricovero.

Livelli assistenziali di intervento per il diabete in età pediatrica
Bambini e adolescenti (0-18 aa) devono essere seguiti in ambiente pediatrico dedicato e specializzato (L. 176/91 "Convenzione di New York sui diritti del fanciullo") con interventi strutturati in funzione dei diversi tipi di diabete e fasce di età. Inoltre devono essere curati in ospedale solo nel caso in cui l'assistenza di cui hanno bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori o in Day Service.
La base per una ottimale e uniforme modalità di prevenzione, diagnosi e cura è rappresentata dall'attivazione di una Rete Regionale basata su almeno due livelli assistenziali:

Livello di base

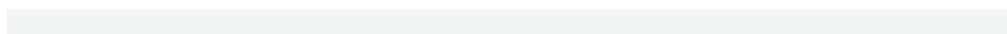
Ancora oggi il diabete è riconosciuto tardivamente con evidenti rischi per il paziente ed extra costi per il SSN. Il ritardo diagnostico è imputabile principalmente al tardivo ricorso alla consultazione medica da parte dei genitori, che sottostimano la presenza di segni della malattia per scarsa informazione.
È quindi necessaria una maggiore attenzione da parte degli attori dell'assistenza primaria (PLS e MMG) nella individuazione dei soggetti a rischio, dato che le condizioni di prediabete, ridotta tolleranza al glucosio e DMT2 spesso non vengono diagnosticate in bambini e adolescenti in eccesso ponderale.
La condivisione di percorsi assistenziali e di protocolli tra i vari attori della rete è indubbiamente lo strumento più idoneo a generare risultati in questo ambito *(vedi anche box successivo).*

RIQUADRO 12 - FUNZIONI DEL MMG/PLS NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLA PERSONA CON DIABETE

- *individuare e sorvegliare i soggetti a rischio con programmi di prevenzione primaria e secondaria;*
- *diagnosticare precocemente il DM con tempestivo invio alle strutture di Livello Specialistico, con condivisione del programma terapeutico e di follow up;*
- *gestire e trattare le malattie intercorrenti dell'infanzia;*
- *condividere i dati con la struttura diabetologica;*
- *contribuire all'educazione del paziente e dei suoi familiari, in particolare in ambito nutrizionale, e all'inserimento del bambino con diabete nella scuola e negli altri ambiti relazionali propri dell'età;*
- *inviare i dati rilevati attraverso i bilanci di salute e attraverso gli altri strumenti indicati dalle Regioni.*

Livello specialistico

Le funzioni specialistiche, anche quando fisicamente allocate in ambito ospedaliero, devono indirizzarsi prevalentemente verso l'attività ambulatoriale, assicurando tutte le attività intra ed extra murali previste dalla L. 115/87 e dalle linee guida delle Società Scientifiche, facendo ricorso al ricovero solo nei casi di acuzie e di particolare impegno assistenziale. Inoltre, le funzioni specialistiche devono integrarsi nei programmi informativi e educativi nei contesti di vita (es. campi scuola, attività sportive).
Per garantire la continuità assistenziale al bambino con diabete sia nella fase di stabilità, quando è

in carico alla struttura ambulatoriale specialistica, sia nella fase di acuzie, quando è in carico alla struttura pediatrica ospedaliera, devono essere definiti dei protocolli di integrazione tra i diversi livelli e i differenti attori.
Le Regioni individueranno le formule organizzative più adeguate al proprio contesto nel rispetto della norma vigente, individuando Centri Regionali di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica (L. 115/87) e Centri Satellite (ISPAD Consensus Guidelines 2000, ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009), anche con riguardo ad aree vaste, macro aree o bacini sanitari comprendenti più province. Il livello specialistico ha compiti di formazione per la prevenzione, diagnostici, terapeutici, educativi e di follow-up nei confronti delle varie forme di diabete, in collaborazione con gli altri attori della rete, in modo da garantire un intervento multi-professionale integrato (*vedi anche box successivo*).
Responsabile della funzione/struttura specialistica sarà uno specialista in pediatria con documentati titoli accademici o di carriera in diabetologia, secondo la normativa vigente (rif. Atto d'intesa Stato-Regioni 1991, DPR 483/97 e 484/97 su disciplina concorsuale per la dirigenza medica e branche equipollenti e affini).
L'attività di un singolo pediatra diabetologo, senza un supporto dedicato ed esperto in diabetologia pediatrica (infermieristico, dietologico, psicologico, socio-sanitario, ecc.), non è coerente con le funzioni assistenziali richieste per gestire tale complessa patologia pediatrica.

RIQUADRO 13 - COMPITI DELLE FUNZIONI SPECIALISTICHE

- *inquadrare la corretta diagnosi di diabete;*
- *assistere i pazienti con diabete mellito in età evolutiva continuativamente, in gestione integrata con il PLS o il MMG;*
- *addestrare il paziente e i suoi familiari all'autogestione della malattia, fornendo al paziente e ai suoi familiari un programma educativo/motivazionale specifico sulla malattia;*
- *organizzare soggiorni educativo-terapeutici (campi scuola) come da normativa regionale;*
- *assicurare la consulenza telefonica specialistica strutturata, tendenzialmente h24, eventualmente condivisa con le altre strutture specialistiche della regione;*
- *fornire ai pazienti e ai loro familiari l'educazione a un corretto stile di vita (alimentazione e attività fisica), motivandoli al controllo dell'eccesso ponderale e, qualora necessario, somministrando terapia farmacologica specifica, anche per le co-morbilità;*
- *eseguire screening e stadiazione periodica delle complicanze nei pazienti con diabete in follow-up;*
- *collaborare attivamente con gli altri livelli per l'applicazione di protocolli di diagnosi e cura e aggiornamento comuni nell'ambito della rete diabetologica pediatrica;*
- *collaborare con le altre componenti della rete per un'ottimale transizione dei pazienti ai servizi dedicati agli adulti al raggiungimento della maggiore età, una volta completato il percorso pediatrico di formazione;*
- *prescrivere i presidi sanitari necessari per l'autocontrollo e la gestione domiciliare del diabete, impiantare e controllare microinfusori e sistemi per il monitoraggio in continuo della glicemia o altri dispositivi innovativi o a tecnologia avanzata;*
- *rilasciare le certificazioni per l'esenzione ticket per patologia, per il rilascio o rinnovo della patente di guida e per l'attività sportiva agonistica;*
- *collaborare con il Servizio Epidemiologico Regionale alla gestione del Registro Regionale per il diabete in età evolutiva, i cui dati confluiranno in un Registro Nazionale;*
- *sperimentare programmi di telemedicina;*
- *formare operatori impegnati nell'assistenza al bambino con diabete, in particolare in ambito scolastico e sportivo.*

IL PERCORSO DI AUTONOMIA E INTEGRAZIONE E LO STILE DI VITA

Per la cura del diabete in età evolutiva il paziente e la famiglia sono i maggiori protagonisti e i principali responsabili della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze a distanza (unità paziente/famiglia).
La terapia che non può essere eseguita nella maggior parte dei casi in maniera autonoma dal bambino deve essere garantita da altri in tutti gli ambiti di vita.

Scuola

La Scuola svolge un doppio ruolo: da una parte rappresenta un momento importantissimo nel graduale processo di accettazione del diabete e di autonomia da parte del bambino e del ragazzo, dall'altra costituisce una opportunità di educazione nutrizionale per i compagni e per le famiglie, a partire dalla merenda.
Obiettivo primario da perseguire è la sicurezza in ambito scolastico, in particolare per quanto riguarda la somministrazione della terapia e la gestione di eventuali emergenze metaboliche (ad es. l'ipoglicemia).
La normativa di riferimento, oltre a norme generali già citate, è costituita dalle Raccomandazioni del Ministro dell'istruzione, università e ricerca e del Ministro della salute del 25 novembre 2005 per la somministrazione dei farmaci a studenti in orario scolastico;
Inoltre, il Programma "Guadagnare salute", approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007, ha come finalità costruire sinergie tra i servizi sanitari e i servizi rivolti all'infanzia e promuovere collaborazioni con tutti i soggetti che ruotano intorno al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, tra cui la scuola.
È necessario tenere conto che differenti sono le problematiche che gli studenti con malattie croniche pongono alla scuola e su cui è forte l'attenzione delle associazioni delle famiglie. Tali situazioni richiamano la centralità della persona e dei suoi bisogni e l'assoluta necessità di tutelarne la

salute e il benessere in accordo e collaborazione con gli altri Soggetti istituzionali responsabili in materia di tutela della salute.
Si è evidenziato che le Raccomandazioni del 2005 non esauriscono tutta la gamma di situazioni da affrontare per cui sono state avviate una serie di iniziative dal Ministero della salute e in collaborazione con le Associazioni di pazienti, le società scientifiche e il Ministero dell'istruzione per affrontare la problematica attraverso l'adozione di strumenti, che definiscano anche percorsi adeguati alle varie necessità.
Altro aspetto importante è rappresentato dalla normale partecipazione del bambino alla mensa scolastica e a tutte le altre attività organizzate dalla scuola (es. gite e viaggi di istruzione), per le quali i team specialistici offriranno la consulenza dietetica e operativa, in linea con le raccomandazioni scientifiche per le fasce di età.
Due momenti contribuiranno in maniera determinante alla piena integrazione del bambino nel suo ambito relazionale:
- è indispensabile non discriminare i bambini e gli adolescenti con diabete, evitando atteggiamenti negativi, di pietismo, di diffidenza o di paura nell'assumersi determinate responsabilità. Alla base di molte chiusure, così come di atteggiamenti ansiosi e preoccupati, c'è la scarsa conoscenza del diabete;
- è importante che gli insegnanti, previo consenso dei genitori, siano informati se un alunno è affetto da diabete, soprattutto quando frequenta il nido d'infanzia, la scuola dell'infanzia, la primaria e la secondaria di primo grado.

Allo scopo di aiutare la scuola a svolgere al meglio il suo ruolo, sia sotto il profilo della crescita psicologica sia sotto quello della assistenza e vigilanza, i team specialistici daranno la loro disponibilità per incontri di formazione con i dirigenti scolastici e gli insegnanti che seguono un alunno con diabete, utilizzando supporti audiovisivi o informatici in linea con le raccomandazioni delle Società Scientifiche. Saranno inoltre predisposti e condivisi con gli operatori scolastici specifici protocolli di intervento.
Tutto questo nell'ottica di:
- garantire al bambino e all'adolescente una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale identica ai propri coetanei senza diabete;
- sostenere i familiari nella gestione del bambino e dell'adolescente con diabete nel percorso di inserimento a scuola a seguito diagnosi di diabete mellito;
- istruire gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare i colleghi di lavoro su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni di urgenza;
- assicurare uniformità di accesso al sistema sanitario su tutto il territorio in modo da promuovere la migliore qualità di cura e di vita, la prevenzione e il trattamento delle complicanze.

Attraverso le seguenti strategie**:**
- favorire la conoscenza dei sintomi per la diagnosi precoce del diabete tipo 1 al fine di evitare la gravità dell'esordio;
- favorire "l'azione di rete" sul territorio tra centri di diabetologia pediatrica di riferimento regionale, centri periferici e pediatri di libera scelta;
- aumentare la consapevolezza sociale nel mondo della scuola, nei luoghi in cui si pratica attività sportiva per evitare discriminazioni e preclusioni personali.

Attività fisica e sportiva
L'attività fisica, insieme con la terapia insulinica e l'alimentazione, è considerata una delle variabili che possono influenzare in modo decisivo l'equilibrio metabolico.
Un esercizio fisico moderato e costante, preferibilmente aerobico, è sempre consigliato mentre un'attività fisica intensa o uno sport a livello agonistico richiede un controllo metabolico più stretto e opportune modifiche del trattamento insulinico.
Le attività da proporre dovrebbero supportare il naturale sviluppo fisico, essere divertenti e svolte

in condizioni di sicurezza. Tranne rare eccezioni da affrontare con perizia e cautela (sport estremi e solitari), nessun tipo di sport è precluso a priori ai giovani con diabete.
È preferibile che l'attività fisica sia programmata, costante e abituale e che il giovane sia educato all'autocontrollo della glicemia, all'adattamento della dose di insulina e alla gestione di pasti e spuntini, allo scopo di prevenire e correggere eventuali ipoglicemie in corso di attività o tardive.
I team specialistici daranno la loro disponibilità per incontri di formazione con i responsabili e con gli istruttori delle attività sportive organizzate, amatoriali e professionistiche, ove possibile di concerto con il medico dello sport.
Considerati i benefici effetti psico-fisici, è opportuno incentivare i giovani con diabete alla pratica dell'attività sportiva, facilitando il rilascio dell'idoneità allo sport agonistico e non agonistico. È necessario allo scopo pervenire alla elaborazione di protocolli specifici per l'età evolutiva, d'intesa con i Medici dello Sport e con i PLS, a seconda dei casi.

Campi scuola
I campi scuola rappresentano uno strumento utile nel processo educativo del bambino e del giovane diabetico e della famiglia.
Inizialmente intesi come supporto alle famiglie con disagio sociale, sono oggi riconosciuti dalle principali istituzioni diabetologiche internazionali (ADA, IDF, ISPAD). Essi rappresentano, indistintamente per tutti i giovani diabetici, un'opportunità finalizzata a migliorare le loro capacità di integrazione sociale.
Pertanto le Regioni, sulla base dei propri disegni di rete assistenziale, prenderanno in considerazione tale opportunità, affidandone l'organizzazione e la conduzione alle strutture specialistiche di diabetologia pediatrica, anche in collaborazione con Associazioni di volontariato *no-profit*.

RIQUADRO 14 - I CAMPI SCUOLA

Scopi prioritari dei campi scuola:
- promuovere l'educazione specifica per l'autogestione del diabete in ambiente protetto;
- stimolare l'indipendenza nella gestione del diabete in assenza dei familiari;
- favorire il confronto con i coetanei e condividere con essi i propri problemi;
- sviluppare il processo di autostima, la responsabilizzazione, il controllo emotivo e far superare ogni sensazione di isolamento e di diversità dei partecipanti;
- favorire la formazione, l'arricchimento professionale e consolidare i rapporti con il team pediatrico di diabetologia.

NUTRIZIONE E COMPORTAMENTO ALIMENTARE
Una corretta alimentazione, intesa non come restrizione ma come nutrizione equilibrata, salutare e preventiva, che consenta all'individuo un normale accrescimento, un miglior controllo sia della glicemia sia di altri parametri metabolico-clinici è indispensabile per bambini e adolescenti con diabete, poiché la gravità della prognosi (es. obesità e complicanze tardive) è strettamente legata a una corretta gestione, da parte degli stessi pazienti e delle famiglie, dello stile di vita in generale e di quello alimentare in particolare.
Bambini e ragazzi con diabete hanno gli stessi fabbisogni nutrizionali degli altri soggetti di pari età; quelli che ricevono un regolare counseling nutrizionale hanno una dieta più vicina ai L.A.R.N. (Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti) rispetto ai controlli e non diversi fattori di rischio cardiovascolare. Le raccomandazioni nutrizionali per uno stile di vita salutare per la popolazione generale sono appropriate anche per i giovani con diabete di tipo 1 e pertanto la famiglia e tutto l'ambito relazionale si possono avvantaggiare dell'educazione nutrizionale permanente, il che favorirà il normale inserimento sociale.
Gli obiettivi educativi dietetico-nutrizionali vanno commisurati all'età dei pazienti mediante l'utilizzo di differenti metodi didattici. Il riconoscimento, la prevenzione, il trattamento degli episodi

ipoglicemici e l'adattamento della dieta all'attività fisico-sportiva sono obiettivi educativi prioritari.

Prescrizioni dietetiche inadeguate sono corresponsabili del grande aumento dei disordini alimentari. Al fine quindi di evitare ripercussioni negative, di carattere organico e psicologico, indotte da una dieta restrittiva o squilibrata, è necessario assicurare:

- valutazione auxologica e dello stato nutrizionale dei giovani con diabete;
- colloqui dietologici con i pazienti e i loro familiari, con tecniche di educazione terapeutica, al fine di incrementare e rinforzare le conoscenze sulla corretta alimentazione della famiglia, sulla infondatezza di diete restrittive e sulla opportunità di un'alimentazione sana che preveda l'apporto equilibrato di tutti i principi nutrizionali, nel rispetto, per quanto possibile, delle tradizioni locali, delle esigenze della famiglia e dello stile di vita del soggetto;
- elaborazione e proposta di modelli alimentari corretti e strategie comportamentali personalizzate per la nutrizione preventiva;
- ricerca e miglioramento della motivazione al cambiamento;
- elaborazione di interventi informativi/educativi su fasce selezionate di popolazione.

TRANSIZIONE DEI GIOVANI DIABETICI VERSO L'ETÀ ADULTA

La transizione dell'adolescente con diabete alla rete assistenziale dedicata all'adulto è una fase molto critica per la continuità delle cure, anche per l'elevato rischio di abbandono del sistema delle cure da parte del ragazzo, con pericolo concreto di complicanze a lungo termine.

Tale transizione avviene spesso in maniera disomogenea.

La competenza del pediatra diabetologo termina quando si è completato lo sviluppo fisico, psicologico e sociale del paziente. Alla fine del percorso di maturazione si rende necessario il passaggio di competenze tra i medici che si fanno carico della presa in cura del giovane, da servizi con particolari competenze auxologiche, nutrizionali, relazionali a servizi più vicini alle problematiche dell'inserimento nel mondo del lavoro, alla maternità/paternità, alle complicanze tardive, eccetera.

È necessario che tale passaggio sia preparato, motivato, condiviso e accompagnato, nella consapevolezza che l'educazione all'autonomia, parte integrante della cura, va intesa anche come educazione alla non dipendenza da un centro, da un'equipe, da un medico.

Il passaggio deve essere un "processo" e non un evento critico.

L'adolescente deve essere aiutato ad acquisire la consapevolezza che il passaggio è davvero necessario e che lo aiuterà a essere seguito nei modi adeguati alle sue mutate esigenze, alle quali la rete pediatrica non può più rispondere in maniera ottimale.

Questo processo deve essere realizzato costruendo gradualmente, con la famiglia e con il giovane stesso, un clima di comunicazione e collaborazione aperte e adeguate.

È indispensabile disegnare un percorso di transizione personalizzabile e adattabile alle varie realtà locali, tenendo come riferimento, i modelli condivisi dalle Società Scientifiche.

Perché la transizione sia efficace occorre che:

- la famiglia, il giovane e i medici siano orientati al futuro;
- la progettazione della transizione sia comunicata molto in anticipo;
- il trasferimento della gestione di cura dal genitore al giovane adulto sia precoce;
- la famiglia e gli operatori sanitari aiutino il giovane a sviluppare l'indipendenza;
- i giovani siano coinvolti;
- si realizzi un piano di transizione che preveda l'accoglienza nella struttura per gli adulti da parte di personale formato, in spazi e tempi dedicati ai giovani;
- il processo sia complesso, dinamico e periodicamente verificato.

4. AREE DI MIGLIORAMENTO DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ITALIA

In un'ottica di miglioramento della tutela della persona con diabete, l'individuazione di criticità negli attuali modelli assistenziali diventa uno strumento particolarmente importante per programmare interventi utili a indurre gli opportuni cambiamenti o migliorare alcune attività fondamentali nell'assistenza diabetologica.
L'enfasi va principalmente posta sulla continuità assistenziale, attraverso maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e con il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura.
Alcuni dati recentemente pubblicati, ad esempio quelli del Progetto DAWN Internazionale (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs) e i primi dati dello stesso studio italiano, hanno individuato aree di criticità nella assistenza diabetologica (in particolare legate all'impatto psicosociale della malattia), facendo emergere gap su cui è necessario concentrare un forte impegno. Sono state evidenziate barriere di comunicazione tra operatori sanitari e tra operatori e paziente, gap nella continuità assistenziale, scarsa aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica, ricadute su molteplici aspetti della vita personale e familiare della persona con diabete.
Nella considerazione che il Piano costituisca una piattaforma su cui costruire programmi di intervento specifici, scelti e condivisi, vengono di seguito indicate alcune aree ritenute prioritarie per il miglioramento dell'assistenza diabetologica (*vedi tabella successiva*).
Per ciascuna verranno indicati aspetti essenziali e criticità attuali, e proposti obiettivi, indirizzi strategici, possibili linee di intervento e di monitoraggio.

RIQUADRO 15 - AREE DI MIGLIORAMENTO DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ITALIA

a. stili di vita
b. controllo dei fattori di rischio cardiovascolari
c. gestione delle complicanze vascolari
d. educazione terapeutica
e. terapia farmacologica
f. piede diabetico
g. patologie del cavo orale
h. diabete e gravidanza
i. diabete in età evolutiva
j. passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto
k. gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia
l. l'uso appropriato delle tecnologie
m. associazioni di persone con diabete
n. epidemiologia e registrazione dei dati

a. Gli stili di vita

Aspetti essenziali

Studi di intervento di ampio spettro hanno dimostrato e confermato come l'adozione di uno stile di vita più sano, con una adeguata attività fisica e una corretta alimentazione, possa prevenire o differire la comparsa di molti casi di diabete di tipo 2, anche in soggetti ad alto rischio (con ridotta tolleranza glicidica, IGT), nonché contribuire alla prevenzione delle complicanze anche nei soggetti con diabete tipo 1.

Le prove convincenti ottenute debbono essere trasferite sulla popolazione.

L'intervento sullo stile di vita è, infatti, vantaggioso dal punto dì vista economico (rispetto ai costi del trattamento del diabete e delle sue complicanze), è privo o quasi di effetti collaterali, e promuove la salute e il benessere in generale (riducendo l'obesità, i lipidi serici, la pressione arteriosa, e in generale il rischio per malattie cardiovascolari).

Gli interventi messi in atto negli studi sopra citati sono: 1) alimentazione più sana; 2) aumento dell'attività fisica; 3) riduzione del peso corporeo. In particolare la dieta sana è consistita principalmente da un aumento del consumo di fibre idrosolubili (vegetali) e da una riduzione del consumo di grassi animali e di grassi saturi.

Criticità attuali

Lo stile di vita moderno (scarsa attività fisica, dieta scorretta e sovrappeso) rappresenta la maggiore criticità. A esso si aggiunge la continua pressione dei mezzi pubblicitari che spingono verso attività non corrette o addirittura dissimulano le stesse come corrette.

Obiettivi proposti

L'obiettivo è la prevenzione e/o il ritardo della comparsa del diabete mellito di tipo 2 (ma anche di altre malattie cronico-degenerative), mediante l'applicazione di un sano stile di vita. Nello specifico, tale cambiamento deve essere perseguito da tutti i soggetti a rischio di diabete.

Indirizzi strategici

Strategia generale è l'applicazione il più possibile generalizzata di uno stile di vita che favorisca una adeguata attività fisica e una alimentazione sana e corretta. È fondamentale diffondere l'informazione della assoluta semplicità ed economicità della loro applicazione.

Possibili linee di intervento

Azioni rivolte alla popolazione generale (promozione di alimentazione sana e attività fisica mediante campagne di informazione), alla popolazione a rischio (screening mirati) e alle persone già affette da diabete, sia per gli effetti benefici che lo stile di vita ha sulla malattia, sia come veicolo per l'ulteriore diffusione di corrette informazioni.

Monitoraggio

L'applicazione precoce di un corretto stile di vita previene e/o ritarda l'insorgenza del diabete di tipo 2. Il monitoraggio dell'efficacia delle azioni proposte è pertanto misurabile mediante la riduzione del tendenziale aumento di prevalenza e incidenza del diabete di tipo 2.

b. Il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari

Aspetti essenziali

Le malattie cardiovascolari costituiscono tuttora la prima causa di mortalità nel mondo occidentale. L'epidemiologia moderna ha identificato numerosi fattori di rischio in grado di favorirne l'instaurazione e la progressione.

Alcuni di questi sono ineliminabili (età, sesso, familiarità), mentre su molti altri si può e si deve attivamente intervenire (dislipidemie, ipertensione, diabete, obesità, vita sedentaria, stress, tabagismo).
Alcuni fattori di rischio per malattie cardiovascolari coincidono con quelli per diabete, riconoscendo una patogenesi comune (insulino-resistenza, sindrome metabolica). Il loro controllo, pertanto, permette di prevenire e/o ritardare la comparsa di diabete e di malattie cardiovascolari.

Criticità attuali
Esiste nella classe medica e nella popolazione generale una buona coscienza e conoscenza sull'importanza di alcuni dei fattori di rischio (ipercolesterolemia, ipertensione, tabagismo), meno di altri (obesità viscerale, alterazioni di glicemia a digiuno e dopo carico, ipertrigliceridemia, basso colesterolo HDL).

Obiettivi proposti
Nell'obiettivo generale del controllo dei fattori di rischio nella popolazione, rientra come obiettivo specifico l'identificazione dei soggetti a rischio al fine di operare sugli stessi un più stretto (ed efficace) controllo e guadagno di salute.

Indirizzi strategici
La strategia principale è l'aumento di conoscenza e coscienza sui fattori di rischio meno noti. In particolare è indispensabile divulgare l'importanza del controllo dell'obesità viscerale, dell'ipertrigliceridemia, del basso colesterolo HDL, delle alterazioni della glicemia. Particolare attenzione dovrà aversi nell'identificare soggetti a rischio di diabete secondo quanto raccomandato dai documenti di indirizzo (IGEA).

Possibili linee di intervento
a) sulla popolazione generale, promuovendo campagne che illustrino l'importanza dei fattori di rischio. Le esperienze già fatte sul tabagismo e sull'ipercolesterolemia possono essere di esempio;
b) sui MMG e PLS, veicolo principale della medicina preventiva, attraverso un'adeguata e corretta informazione; possibilmente con progetti di collaborazione informativa e scientifica con le strutture epidemiologiche regionali e i centri di diabetologia e malattie metaboliche;
c) direttamente sulla popolazione a rischio, identificata attraverso ogni possibile strumento di aggregazione (scuole per informare i genitori, associazioni di pazienti per informare i figli, medicina del lavoro).

Monitoraggio
Interventi mirati a una migliore conoscenza, alla riduzione e al controllo dei fattori di rischio cardiovascolari permetterebbero un notevole guadagno di salute nella popolazione generale.

c. La gestione delle complicanze vascolari

Aspetti essenziali
Le complicanze micro- e macro-vascolari costituiscono uno dei maggiori problemi clinici e assistenziali nella cura del diabete. Le complicanze cardiovascolari sono responsabili del 70% delle morti nei pazienti diabetici.
A fronte di un decremento dell'incidenza della malattia coronarica nella popolazione generale, nei maschi diabetici questa riduzione appare meno marcata e nelle donne diabetiche si osserva addirittura un incremento di incidenza.
La retinopatia diabetica, nei paesi industrializzati, è la principale causa di cecità tra i soggetti in età lavorativa, mentre la nefropatia diabetica è una delle cause più importanti di insufficienza renale terminale, con una incidenza simile nel diabete di tipo 1 e nel tipo 2.
Per il diabete tipo 2 negli adulti le linee guida IGEA hanno definito le modalità organizzative e le

raccomandazioni per migliorare la qualità della cura del diabete e per prevenirne le complicanze.

Criticità attuali

Nei pazienti diabetici, il rischio cardiovascolare è aumentato e in particolare sono molto più frequenti le forme subcliniche di malattia cardiovascolare. Spesso è carente la corretta valutazione del rischio cardiovascolare globale.

La cecità da retinopatia diabetica potrebbe essere evitata in più della metà dei casi se venissero attuate una corretta informazione dei pazienti e forme adeguate di educazione sanitaria, fondamentali per il successo di qualsiasi politica di prevenzione del danno visivo nel diabete.

Lo sviluppo e la progressione della nefropatia diabetica potrebbero essere rallentati dall'attuazione di un corretto programma educativo, rivolto ai pazienti e ai medici di medicina generale, sulla possibilità di effettuare una diagnosi precoce attraverso il dosaggio della microalbuminuria.

La diagnosi delle neuropatia non è sempre agevole, poiché nel caso della polineuropatia questa è spesso considerata di pertinenza neurologica, mentre, nel caso della forma autonomica, spesso manca un'adeguata preparazione all'indagine anamnestica e obiettiva.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale della prevenzione di tutte le complicanze micro- e macro-vascolari del diabete è quello di ridurne l'incidenza e la progressione.

Obiettivi specifici sono la riduzione dell'incidenza di infarto del miocardio e ictus, la riduzione dell'incidenza di insufficienza renale terminale (dialisi) nei pazienti diabetici, la riduzione dell'incidenza di cecità e la riduzione dell'incidenza di neuropatia diabetica.

Indirizzi strategici

Realizzazione di programmi di informazione rivolti sia alle persone con diabete sia alle varie categorie del personale sanitario coinvolte a vario titolo nella loro assistenza.

Realizzazione di programmi per la corretta valutazione del rischio cardiovascolare globale, fondato su appropriata anamnesi ed esame dei fattori di rischio, utilizzando le carte del rischio.

Possibili linee di intervento

Attuazione di linee guida e documenti di consenso (es. IGEA, Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito SID-AMD ecc.)

Condivisione di tali documenti con tutte le figure professionali che si occupano del problema (medicina generale, diabetologia, cardiologia, medicina d'urgenza, geriatria).

Monitoraggio

La misura finale di risultato sarà rappresentata dalla riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari, di insufficienza renale terminale, dell'incidenza di cecità e di disabilità visiva grave, di polineuropatia e neuropatia autonomica, nelle sue diverse componenti.

d. L'educazione terapeutica

Aspetti essenziali

La moderna scienza educativa afferma che le persone di ogni età apprendono e modificano i loro comportamenti molto più facilmente se sono convinte che la nuova conoscenza o il nuovo comportamento possa aiutarle a soddisfare quello che percepiscono come un bisogno. L'Educazione Terapeutica (ET) va distinta dall'Educazione Sanitaria e dalla Informazione sanitaria (IS).

Per Educazione Sanitaria s'intende l'insieme d'informazioni generali sulle norme di comportamento, conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori che: a) contribuiscono a esporre a (o a proteggere da) un danno alla salute; b) si riferiscono specificamente a soggetti sani e non; c) possono com-

prendere norme generali che si apprendono in ambiente familiare, scolastico, sociale e non solo medico.
Per informazione sanitaria s'intende la diffusione di qualsiasi informazione di carattere sanitario senza verifica dell'effetto che la trasmissione dei messaggi informativi provoca nei destinatari. Può essere attuata mediante messaggi verbali diretti, filmati, opuscoli, manifesti.
Per Educazione Terapeutica s'intende un complesso di attività educative che si rivolge a specifiche categorie di soggetti, che si esplica attraverso la trasmissione di conoscenze, l'addestramento a conseguire abilità e a promuovere modifiche dei comportamenti. Quando si parla di Educazione terapeutica e di *empowerment*, si devono avere come fondamento valori come l'autonomia, la libertà e la responsabilità, in altre parole la componente Etica dell'approccio assistenziale.
Per sua natura l'ET presuppone specifiche competenze degli educatori non solo di tipo scientifico, ma anche comunicativo, di pedagogia clinica e di approccio di squadra, nonché l'utilizzo di specifiche metodologie e la verifica dei risultati ottenuti per ciascuno dei tre campi dell'educazione. L'ET ha come scopo quello di migliorare l'efficacia delle cure del diabete attraverso la partecipazione attiva e responsabile della persona al programma delle cure.
Il miglioramento non solo degli stili di vita ma anche delle abilità personali nelle attività di supporto alle cure e alle scelte di modifiche concordate dei trattamenti sono responsabili della maggiore efficacia delle cure stesse e del benessere psico-fisico della persona con diabete. Un obiettivo educativo essenziale per i pazienti e i loro familiari è dunque percepire gli obiettivi della terapia come benefici desiderabili, con la stessa intensità con cui si desidera la soddisfazione dei propri bisogni personali.

Criticità attuali
Il diabete è una malattia insidiosa: in genere le persone che ne sono affette, di fronte all'assenza di disturbi reali, non accettano serenamente l'onere della cura e dei controlli. La maggiore difficoltà nell'educazione terapeutica è anche legata alla resistenza al cambiamento.
Come per i pazienti è difficile cambiare stabilmente alcune abitudini di vita in funzione della cura, così per il personale sanitario non è facile passare da un atteggiamento prescrittivo a uno partecipativo, da un ruolo di guida a uno di sostegno, dal gergo professionale alla lingua comune, dalla chiusura all'apertura.

Obiettivi proposti
Obiettivo principale è ottenere un miglior controllo del diabete e dei fattori di rischio attraverso lo strumento fondamentale della terapia educazionale.

Indirizzi strategici
- Rendere disponibili, per le persone affette da diabete e per i loro familiari, adeguati strumenti e strutture per un efficace percorso di educazione terapeutica.
- Condividere con le persone affette da diabete, anche attraverso lo strumento delle loro associazioni, la cultura dell'importanza della terapia educazionale, al fine di costruire non solo un'adeguata offerta ma anche e soprattutto un indispensabile bisogno di salute.

Possibili linee di intervento
Prima linea di intervento è la formazione di personale per praticare l'educazione terapeutica. Inoltre, è necessario migliorare, da parte delle strutture, la capacità di praticare educazione terapeutica strutturata efficace.

Monitoraggio
Monitoraggio della reale applicazione dell'educazione terapeutica strutturata

e. La terapia farmacologica

Aspetti essenziali
Insieme con la dieta, l'attività fisica e l'educazione, la terapia farmacologica rimane uno dei pilastri fondamentali su cui si basa il controllo della malattia diabetica.
La crescente prevalenza del diabete ha stimolato lo sviluppo di nuovi farmaci in grado di controllare il DMT2 agendo sui diversi meccanismi patogenetici della malattia, mentre per il tipo 1 e il tipo 2 insulino-trattato sono stati prodotti analoghi dell'insulina caratterizzati da cinetiche diverse tali da migliorare il controllo glicemico, ridurre il rischio di ipoglicemia e migliorare la qualità della vita.
Quindi, dai pochi farmaci a disposizione fino a pochi anni fa, oggi ve ne sono dei nuovi, spesso di complessa gestione, e molti altri sono previsti nel prossimo futuro.
Criticità attuali
Uso inappropriato dei farmaci, che considera solo il risultato metabolico e non la sicurezza e la capacità di mettere in atto la terapia da parte della persona con diabete.

Obiettivi proposti
Obiettivo generale è il miglioramento del controllo della malattia diabetica e dei fattori di rischio cardiovascolare connessi alla malattia stessa, nello specifico attraverso la promozione della prescrizione di farmaci efficaci, selezionati sulla base di evidenze scientifiche, adattati alle caratteristiche del singolo paziente.

Indirizzi strategici
L'utilizzo di linee guida basati sulle evidenze scientifiche attualmente disponibili è il primo passo da percorrere. La promozione della ricerca svolta direttamente in Italia è la strategia fondamentale, a medio e lungo termine, per definire linee guida adattate alla realtà del Paese.

Possibili linee di intervento
- Formulazione e condivisione di linee guida per la terapia farmacologica, basate sulle evidenze scientifiche.
- Diffusione delle stesse attraverso campagne di formazione e informazione indipendente di tutti gli attori coinvolti nella cura delle persone con diabete.

Monitoraggio
Monitoraggio dell'uso di farmaci, come indice di appropriatezza prescrittiva nel rispetto della sostenibilità economica.

f. Il piede diabetico

Aspetti essenziali
Più di 250 milioni di persone nel mondo sono affette da diabete mellito e un numero troppo elevato di questi individui presenta ulcere del piede, che possono col tempo comportare un'amputazione.
Dati gli alti costi associati alle ulcere del piede, questa malattia non è soltanto un onere assai gravoso per il paziente, ma anche per il sistema sanitario.
Sebbene svariate complicanze come cardiopatie, insufficienza renale e cecità, colpiscano seriamente, anche dal punto di vista economico, gli individui affetti da diabete, le complicanze che interessano il piede fanno pagare il tributo maggiore; il 40–70% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori è correlato al diabete mellito e, in alcune zone, sono state registrate percentuali fino al 90%.

Negli USA vengono eseguite ogni anno più di 50.000 amputazioni associate al diabete; cifre equivalenti sono state registrate in altri Paesi sviluppati e in via di sviluppo. Ne consegue che le complicanze del piede rivelano un quadro piuttosto preoccupante.
L'85% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori legate al diabete è conseguenza di ulcere del piede. I fattori più importanti correlati allo sviluppo di ulcere del piede sono la neuropatia periferica, i microtraumi del piede e le deformità.
Una combinazione di più fattori rallenta il normale processo di guarigione di un'ulcera e può favorire l'insorgere di un'infezione o di una gangrena, con conseguente lungodegenza ospedaliera e amputazione. Fattori determinanti predittivi per l'esito delle ulcere del piede diabetico sono le infezioni, l'ischemia, il trattamento delle lesioni, la riduzione del carico, la neuropatia e la comorbilità.
Queste problematiche necessitano di un approccio di gruppo multifattoriale e in genere multidisciplinare articolato su diversi livelli di intensità di cura.

Criticità attuali
In Italia esistono centri altamente specializzati per la prevenzione e la cura del piede diabetico. Nonostante ciò, spesso il piede diabetico viene trattato (e purtroppo anche amputato) senza che sia mai stato visto da uno specialista.
Lo spettro delle lesioni ai piedi varia da regione a regione a causa delle differenti condizioni socio economiche, degli standard di cura e della qualità delle calzature. Fondamentale è la diffusione delle possibilità di cura di tale complicanza, in mani esperte.

Obiettivi proposti
Obiettivo generale è la riduzione dei casi di amputazione. Molti Paesi europei, del Medio Oriente e dell'Africa, insieme a organizzazioni come l'OMS e l'IDF si sono posti l'obiettivo di ridurre il numero di amputazioni del 50% (dichiarazione di St. Vincent).
Obiettivo specifico è la riorganizzazione delle strutture sanitarie per inserire nel percorso di cura di tutti i pazienti diabetici adeguati screening e strumenti di cura del piede.

Indirizzi strategici
Un considerevole numero di studi ha dimostrato che il tasso di amputazioni può essere ridotto di più del 50%, qualora vengano applicate le appropriate strategie: ispezione regolare del piede e della calzatura, cura preventiva del piede e valutazione dell'idoneità delle calzature, approccio multidisciplinare nel caso di lesione al piede, diagnosi precoce di vasculopatia periferica e intervento rivascolarizzazione, continuo follow-up del paziente con pregressa ulcera del piede, registrazione delle amputazioni e delle ulcere del piede.

Possibili linee di intervento
Realizzazione di programmi di informazione rivolti sia ai pazienti sia alle diverse categorie di personale sanitario coinvolto a vario titolo nella loro assistenza.
Formazione del personale sanitario coinvolto anche al fine dell'identificazione dei soggetti a rischio, (mediante esame clinico con valutazione dei riflessi e dei polsi periferici, l'osservazione di eventuali deformità ai piedi, la presenza di calli, la valutazione con il monofilamento e il rilievo anamnestico di pregresse ulcere o amputazioni).
Migliorare le conoscenze e le capacità professionali nella cura del piede diabetico.
Definire e adottare modalità organizzative strutturate al fine di garantire una corretta e precoce diagnosi e un adeguato trattamento.

Monitoraggio
La misura finale sarà rappresentata dalla riduzione dell'incidenza di amputazioni.

g. Le patologie del cavo orale

Aspetti essenziali

I soggetti diabetici sono a elevato rischio di contrarre le maggiori patologie che colpiscono il dente e il suo apparato di sostegno È quindi doveroso prevedere sistematicamente programmi educativi mirati, individuali e di gruppo, per tutti coloro che affluiscono alle strutture diabetologiche, ospedaliere e territoriali e per i diabetici assistiti a domicilio.
La prevenzione delle infezioni del cavo orale è inquadrata nell'ambito delle norme "igieniche" connesse alla malattia diabetica, insieme alla cura e alla prevenzione delle patologie a carico della pelle, dei piedi e degli occhi.

Criticità attuali

L'educazione odontoiatrica del paziente diabetico è attuata con scarsa sistematicità, a volte improvvisata, spesso mal documentata, talora completamente assente. Fondamentale è anche l'educazione dell'odontoiatra al trattamento delle patologie del cavo orale nel paziente diabetico.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale è la riduzione delle patologie del cavo orale nei pazienti affetti da diabete mellito. A tal fine è indispensabile perseguire una buona *compliance* del paziente diabetico, attraverso un programma educativo attuato con metodo sistematico.

Indirizzi strategici

Programmazione educativa alla prevenzione e cura delle gengiviti, delle parodontosi e della carie, con interventi che coinvolgano il diabetologo, l'infermiere, la dietista, l'odontoiatra, l'igienista dentale;

Possibili linee di intervento

- Interventi educativi precoci e progressivi, con tempi dedicati che saranno determinati dal ritmo di apprendimento della persona con diabete. Fine generale è il raggiungimento di abilità che possano rendere indipendenti nella soddisfazione delle proprie fondamentali necessità.
- Realizzazione di programmi di condivisione e di educazione degli operatori sanitari (diabetologi, infermieri, dietisti, odontoiatri, igienisti dentali).

Monitoraggio

- Delle patologie del cavo orale nei pazienti diabetici.
- Della realizzazione di corsi educativi.

h. Diabete e gravidanza

Sulla base dei dati di prevalenza nazionali ed europei, si stima che circa il 6-7% di tutte le gravidanze risulti complicato da diabete. Ogni anno in Italia oltre 40.000 gravidanze sono complicate da diabete gestazionale e circa 1.500 da diabete pregravidico. L'aumento dell'incidenza di diabete tipo 2 nelle donne in età fertile e il fenomeno dell'immigrazione da Paesi a elevata incidenza di DMT 2 porteranno, nei prossimi anni, a un progressivo aumento delle gravidanze in donne diabetiche, spesso non programmate.

IL DIABETE PREGRAVIDICO

Aspetti essenziali

È possibile ridurre significativamente l'incidenza di malformazioni congenite attraverso programmi di intervento preconcezionali finalizzati a far coincidere la gravidanza con un periodo di ottimizzazione metabolica e con la stabilizzazione delle complicanze croniche. Pertanto tutte le dia-

betiche in età fertile dovrebbero essere informate sull'importanza di programmare la gravidanza in condizioni di buon controllo glicemico e pianificare il concepimento utilizzando metodi contraccettivi efficaci.
Numerosi studi hanno dimostrato come il rischio di malformazioni aumenti in relazione al grado di alterazione glico-metabolica presente nelle fasi immediatamente post-concepimento e che le principali malformazioni congenite si determinano nelle prime 7-8 settimane di gestazione.
Un'analoga relazione esiste tra scompenso diabetico periconcezionale e tasso di abortività precoce. Studi randomizzati hanno dimostrato la possibilità di ridurre significativamente l'incidenza di malformazioni congenite con programmi di intervento pre-concezionali finalizzati a far coincidere la gravidanza con un periodo di ottimizzazione metaboliche e con la stabilizzazione delle complicanze croniche.

Criticità attuali
Nonostante il miglioramento delle tecniche di sorveglianza fetale e di assistenza al neonato e alla madre, il diabete pregravidico è ancora oggi gravato da una elevata frequenza di morbilità materna e fetale.
La programmazione della gravidanza è importante per ridurre la frequenza di outcome avverso materno e fetale ma, purtroppo, in Italia solo circa il 50% di tali gravidanze sono programmate. Questo dato spiega almeno in parte come l'incidenza di malformazioni congenite nella popolazione diabetica risulti 5-10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.
Allo stesso modo elevata è l'incidenza di parti pretermine e tagli cesarei. Inoltre vengono segnalate frammentarietà e disomogeneità dell'assistenza che determinano risposte sanitarie difformi.
Tutto questo fa sì che la situazione italiana sia ancora ben lontana dagli standard indicati dalla dichiarazione di Saint Vincent, cioè rendere l'outcome della gravidanza diabetica simile a quello della gravidanza fisiologica.

Obiettivi proposti
Obiettivo generale è la riduzione della morbilità materno fetale nelle donne con diabete pregravidico.
Obiettivi specifici sono: 1) riduzione delle malformazioni congenite; 2) riduzione dei parti pretermine; 3) riduzione dei tagli cesarei; 4) riduzione della microsomia; 5) riduzione della mortalità perinatale; 6) riduzione progressione complicanze croniche materne e preclampsia/eclampsia; 7) incremento delle gravidanze "programmate".

Indirizzi strategici
- Promozione della programmazione della gravidanza (attraverso programmi di educazione sui temi della riproduzione e della sessualità femminile).
- Integrazione dei servizi (diabetologi, ostetrici, neonatologi).
- Adozione di sistemi di rilevazione dell'*outcome* delle gravidanze diabetiche e delle malformazioni del nato da madre diabetica.

Possibili linee di intervento
- Attività di counselling pregestazionale, finalizzata a educare e rendere consapevoli le donne diabetiche e i loro partner sui rischi di una gravidanza non programmata.
- Formazione degli operatori sanitari per la realizzazione di programmi educativi finalizzati alla programmazione della gravidanza.
- Promozione di campagne informative e di incontri individuali e di gruppo destinati alle donne diabetiche in età fertile.
- Monitoraggio ostetrico-metabolico (visite di controllo, monitoraggio metabolico, follow-up delle complicanze, educazione alimentare, educazione terapeutica, supporto psicologico).
- Creazione di canali preferenziali per il monitoraggio ostetrico.

- Stesura di protocolli operativi per il monitoraggio metabolico durante il travaglio, nel parto e post-partum
- Creazione di reti assistenziali per il diabete in gravidanza con collegamento fra i diversi centri operanti sul territorio.

Monitoraggio (indicatori proposti)
- Numero di neonati con malformazioni congenite/neonati sani da madri diabetiche (possibile obiettivo: riduzione dell'1%/anno delle malformazioni congenite nella popolazione diabetica).
- Tipo di parto (possibile obiettivo: riduzione frequenza di taglio cesareo e di parto pretermine).
- Macrosomia fetale (possibile obiettivo: riduzione macrosomia fetale).
- Complicanze materne (possibile obiettivo: riduzione progressione complicanze croniche materne e preclampsia/eclampsia).
- Numero di gravidanze programmate/ gravidanze diabetiche (possibile obiettivo: gravidanze programmate => 60% di tutte le gravidanze registrate nelle donne diabetiche).

IL DIABETE GESTAZIONALE

Aspetti essenziali
Il diabete mellito gestazionale (GDM) rappresenta un problema di primario rilievo nazionale, nei confronti del quale si impone una razionalizzazione dell'intervento assistenziale, con la definizione di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici.
È caratterizzato da una intolleranza al glucosio di entità variabile, che inizia o viene diagnosticata per la prima volta in gravidanza e, nella maggior parte dei casi, si risolve non molto tempo dopo il parto. È comunque necessario documentare la risoluzione della condizione dopo la nascita, poiché vengono erroneamente diagnosticate come affette da GDM numerose donne in gravidanza con diabete di tipo 2 non diagnosticato in precedenza.
Se il diabete gestazionale non viene controllato, c'è il rischio di un'aumentata frequenza di complicazioni della gravidanza e del parto, come pre-eclampsia e distocia di spalla.

Criticità attuali
Lo screening e la diagnosi precoce di GDM costituiscono un argomento storicamente controverso. Revisioni sistematiche, linee guida e rapporti di technology assessment concludono che non vi sono prove che dimostrino l'efficacia nella pratica di uno screening universale di GDM.
Anche i criteri diagnostici fin qui utilizzati differiscono, in termini di glucosio utilizzato (75 g o 100 g) durante il test da carico orale, valori soglia e numero di valori superiori alla soglia necessari a porre diagnosi; queste discrepanze sono la conseguenza dell'incertezza sugli effetti dei livelli di glicemia materna nei confronti di esiti rilevanti di salute per il feto e il neonato.
I criteri di screening e diagnosi del GDM sono descritti nella linea guida *Gravidanza fisiologica* del SNLG (www.snlgiss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_agg_2011), cui si rimanda. Le raccomandazioni di questa linea guida sono state condivise da Istituto superiore di sanità (ISS), Associazione medici diabetologi (AMD) e Società italiana di diabetologia (SID) e riprese nel documento del progetto IGEA "*Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto"*, pubblicato nel 2012, (pag.34).

Obiettivi proposti
Obiettivi generali proponibili sono:
- riduzione della morbilità materno-fetale e neonatale nel GDM;
- attuazione di misure di prevenzione del diabete di tipo 2;
- aumento del numero di donne sottoposte a *follow-up* post parto.

Oltre a questi sono possibili obiettivi specifici:
- riduzione dei tagli cesarei;

- riduzione della microsomia;
- riduzione della distocia di spalla;
- riduzione della morbilità e mortalità fetale e neonatale;
- aumento numero di donne sottoposte a follow-up post-parto.

Indirizzi strategici
- Integrazione dei servizi (diabetologi, ostetrici, neonatologi) per il monitoraggio ostetrico-diabetologico finalizzato a garantire alla donna con diabete gestazionale indicazioni diagnostiche e valutazioni del rischio gravidico.
- Promozione di sistemi per monitorare l'*outcome* delle gravidanze.

Possibili linee di intervento
- Adozione delle raccomandazioni su screening e diagnosi del GDM contenute nella LG *Gravidanza* fisiologica(www.snlgiss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_agg_2011).
- Formazione degli operatori sanitari.
- Campagne informative per sensibilizzare le donne alla problematica del GDM e del *follow-up.*
- .
- Monitoraggio ostetrico-metabolico (visite di controllo, monitoraggio metabolico, follow-up delle complicanze, educazione alimentare, educazione terapeutica, supporto psicologico).
- Creazione di canali "preferenziali" per il monitoraggio ostetrico.
- Stesura di protocolli operativi per il monitoraggio metabolico durante il travaglio, nel parto e post-partum
- Creazione di reti assistenziali per il diabete in gravidanza con collegamento fra i diversi centri operanti sul territorio.

Monitoraggio (indicatori proposti)
- Numero di pazienti sottoposte a esami diagnostici per GDM.
- Frequenza di taglio cesareo.
- Frequenza di macrosomia e distocie di spalla.
- Morbilità e mortalità fetale e neonatale per GDM.
- Numero di donne sottoposte a *follow-up* per la prevenzione del diabete tipo 2.

i. Il diabete in età evolutiva

Aspetti essenziali

Tutte le forme di diabete possono oggi comparire in età pediatrica (0 - 18 anni); il progressivo aumento documentato in tutto il mondo si accompagna a un abbassamento dell'età di esordio.
La diagnosi di DMT1 è ancora tardiva con rischio elevato di chetoacidosi ed anche di morte (0,15 - 0,30%). Il DMT1 è associato con una certa frequenza ad altre patologie autoimmuni (per esempio: celiachia 7-8%, tiroidite 10%) che complicano la gestione della malattia. Il DMT2 è in aumento nella popolazione generale, sempre di più esordisce in età evolutiva (in particolare in soggetti obesi e in popolazioni a rischio) iniziando come intolleranza glucidica**.** Un bambino su tre in Italia è in eccesso ponderale e non esistono al momento interventi preventivi e terapeutici strutturati sulla obesità infantile. Il MODY è spesso misconosciuto e necessita di conferma diagnostica mediante indagini genetiche talora complesse. Il Diabete neonatale (DN) è raro; alcune forme, se diagnosticate correttamente mediante indagini genetiche possono essere trattate con terapia orale.
Nell'età evolutiva, il diabete mellito è caratterizzato da una forte instabilità e, quindi, da una gestione estremamente difficile in relazione a peculiarità fisiologiche, psicologiche e nutrizionali. Il bambino/adolescente con diabete vive un disagio transitorio in relazione all'età e allo stadio di maturità; ciò comporta uno svantaggio e una limitazione di grado variabile allo svolgimento delle

funzioni tipiche dell'età, imponendo un peso che deve essere sopportato anche dai genitori, dai fratelli, dai parenti, dalla scuola e dalla comunità in genere.

Criticità attuali

- Manca una cultura diabetologica pediatrica nella popolazione.
- Le varie forme di diabete nei bambini e adolescenti spesso non sono gestite in ambiente pediatrico dedicato, con approccio prevalentemente di tipo biomedico e carente approccio psicosociale.
- La diagnosi delle varie forme di diabete è spesso tardiva, con rischi sia immediati (chetoacidosi e coma) che per il *follow up;* al miglioramento delle tecniche di cura non corrisponde un miglior controllo metabolico.
- Manca un monitoraggio epidemiologico delle varie forme di diabete in età evolutiva (esistono solo dati parziali di incidenza limitati al DMT1 e non esistono dati su DMT2, MODY e DN).
- I mutamenti della società influenzano negativamente la famiglia (famiglie monoparentali o problematiche; ritmi lavorativi accelerati); difficoltà nel ruolo educativo, indifferenza e mancato ascolto sono causa di disagio che si aggrava in presenza di diabete.
- Le difficoltà in ambito scolastico possono determinare sentimenti di diversità e condizioni di esclusione, con limitazione del benessere psico-fisico e rischio di associazione con problemi psico-sociali e comportamentali quali difficoltà relazionali, ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare.
- Le resistenze basate su pregiudizi e ostacoli legati talora a normative obsolete, interferiscono gravemente sul coinvolgimento dei pazienti nelle attività fisico-sportive scolastiche ed extra scolastiche (le procedure per ottenere la certificazione annuale di idoneità allo sport agonistico rappresentano un forte disincentivo).

Obiettivi proposti

- Conoscere dati certi sull'epidemiologia (incidenza e prevalenza) del diabete mellito in età evolutiva, al fine di programmare e realizzare azioni di salute pubblica e qualificazione della spesa.
- Evitare il sovraccarico nutrizionale precoce allo scopo di ridurre l'incidenza della malattia.
- Favorire la diagnosi precoce per il DMT1 per ridurre il rischio di chetoacidosi e assicurare un più agevole follow-up della malattia; ridurre l'incidenza della intolleranza glucidica e del DMT2; porre una diagnosi certa e più precoce delle varie forme di MODY e di DN.
- Garantire un approccio efficace da parte degli operatori; prevenire i disturbi psico-sociali dovuti ad esclusione o diversità rendendo la malattia più facilmente gestibile nelle famiglie di immigrati.
- Garantire il miglior trattamento possibile, e il miglior controllo metabolico, ai bambini /adolescenti con DMT1, in accordo con le linee guida scientifiche; prevenire patologie associate a errori nutrizionali e DCA.
- Garantire benessere e piena integrazione ai bambini/adolescenti con diabete e alle loro famiglie, in primo luogo garantendo la partecipazione a tutte le attività scolastiche.

Indirizzi strategici

- Diffondere una cultura diabetologica pediatrica nella popolazione italiana e immigrata, anche mediante il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, delle associazioni e istituzioni di volontariato.
- Informare sui sintomi iniziali del DMT1 per una diagnosi precoce; informare sulla natura della malattia per il migliore inserimento possibile dei pazienti nella quotidianità.
- Promuovere l'educazione allo stile di vita (evitare l'iperalimentazione e aumentare l'attività motoria) a partire dalla gravidanza.
- Promuovere la lotta all'obesità infantile, con particolare riguardo alle famiglie a rischio di DMT2.
- Promuovere la formazione su MODY e DN fra gli operatori sanitari.

- Promuovere la formazione degli operatori sanitari a un approccio psico-sociale.
- Favorire la partecipazione alle attività fisiche e sportive, anche a livello agonistico.
- Supportare i ruoli di genitore e di figlio verso una maggiore efficacia.
- Garantire sicurezza e gestione delle emergenze metaboliche in ambito scolastico.

Possibili linee di intervento

- Formare il personale delle SPD a un approccio anche psicosociale.
- Campagne di informazione/formazione indirizzate alla popolazione generale e agli operatori sanitari sui sintomi iniziali del diabete DMT1 (anche mediante apposite locandine nelle scuole, nelle farmacie e presso gli ambulatori dei MMG/PLS).
- Lotta all'obesità infantile, con particolare riguardo alle famiglie a rischio di DMT2, mediante la istituzione di una rete regionale integrata che vigili e intervenga su familiarità, prevenzione e diagnosi precoce (come già indicato nelle linee guida SIEDP per la cura del diabete).
- Attivazione mediante i Servizi Epidemiologici Regionali (SER) di un monitoraggio continuo delle varie forme di diabete in età evolutiva, con particolare riguardo alla incidenza e prevalenza del DMT1.
- Attivazione di sistemi di monitoraggio sull'utilizzo dei microinfusori e altri presidi a tecnologia avanzata in età pediatrica.
- Applicazione, con monitoraggio ed eventuale revisione periodica, delle raccomandazioni interministeriali per un pieno inserimento scolastico del bambino/adolescente con diabete, per la somministrazione dei farmaci non differibili e per la gestione delle emergenze; inserimento del corretto stile di vita nella formazione curriculare, a partire dalla scuola dell'infanzia e primaria.
- Formare gli operatori delle SDP alla realizzazione di corsi strutturati e omogenei per il sostegno di genitori e figli al rafforzamento della efficacia nei loro ruoli.
- Promuovere attività di tipo assistenziale residenziale (es. campi scuola).

Monitoraggio (indicatori proposti)

- Numero di Regioni e Province autonome che hanno attivato, tramite i SER il monitoraggio epidemiologico delle varie forme di diabete.
- Misura della prevalenza di chetoacidosi diabetica all'esordio e nei casi di diabete già diagnosticato.
- Diminuzione dei ricoveri ordinari non all'esordio e dei DH per diabete in età evolutiva in chetoacidosi.
- Miglioramento della percezione di benessere psico-sociale da parte dei ragazzi con diabete e delle loro famiglie mediante specifici studi.
- Utilizzo dei microinfusori in età pediatrica.
- Monitorare attivazione, reale funzionamento e sviluppo di strutture sanitarie dedicate al diabete in età evolutiva.
- Numero degli Istituti scolastici che attivano il servizio previsto dalle raccomandazioni interministeriali, attraverso monitoraggio da parte dei Ministeri interessati.

j. Il passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto

Aspetti essenziali

L'assistenza ai *teen-ager*, per le loro caratteristiche emozionali, molto diverse da quelle dei bambini e degli adulti, richiede competenze diverse.
In questa delicata fase l'adolescente deve rispondere a molte richieste interne (costruzione di una propria identità, volontà di differenziazione da quello che il ragazzo è stato in passato e dai modelli adulto-genitoriali) ed esterne (nuove amicizie e relazioni, la scuola, i coetanei e la forza di omogeneizzazione al gruppo di riferimento).
La motivazione alla cura e a uno stile di vita corretto diminuisce o si altera, mentre, contemporaneamente, l'adolescente per la prima volta diventa l'interlocutore privilegiato al momento delle visite al centro diabetologico (per sua esplicita richiesta o per un "fisiologico" e pericoloso allontanamento dalla famiglia).
In questa fase sono richiesti un lavoro particolare e una formazione di base sulla motivazione alla compliance e alla collaborazione, che tenga conto delle ambivalenze tipiche dell'età, di una quota di "aggressività" nei confronti dei curanti (come nei confronti di altre figure adulte, in particolare i genitori) e della malattia.
L'adolescente deve arrivare alla convinzione che il passaggio è davvero necessario, che lo porterà a essere seguito in maniera più adeguata alle sue mutate esigenze, alle quali il centro pediatrico non può più rispondere nel migliore dei modi.
Il passaggio deve essere posto come naturale evoluzione della cura e del rapporto col Centro, che sarà frutto di una scelta razionale e consapevole, quindi adulta. A questa convinzione il giovane con diabete deve giungere gradualmente e deve essere già stato precedentemente informato insieme alla famiglia.

Criticità attuali

La fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta (che include le variazioni biologiche della pubertà) pone particolari problemi alla persona con diabete e al team che lo assiste.
Alla fine del percorso di maturazione si rende necessario il passaggio di competenze da servizi con particolari competenze auxologiche, nutrizionali, relazionali (ma anche familiari, scolastiche, di gruppo, etc.) a servizi più vicini a problematiche "adulte" quali l'inserimento nel mondo del lavoro, la maternità/paternità, le complicanze tardive, eccetera.
La visione di piano terapeutico, o lo stile di intervento, proposti dal nuovo medico, con il quale ancora non si è sviluppato un legame di familiarità e riservatezza, potrebbero differire da quelli praticati per anni e rappresentare per il giovane adulto, che si presenterà alla visita senza l'abituale vigile presenza dei genitori, motivo di allontanamento dalla cura e dai controlli. I giovani con diabete che non si sottopongono a controlli clinici e che si perdono al *follow-up* hanno un elevato rischio di complicanze a lungo termine.

Obiettivi proposti

- Promozione dell'indipendenza in rapporto al grado di maturità e di conoscenza del soggetto.
- Sviluppo di strategie atte ad avviare il passaggio dal diabetologo pediatra al diabetologo dell'adulto.

Indirizzi strategici

- Sostenere il cambiamento nella cura e nelle abitudini che non può disgiungersi da un ascolto attivo e da un'attività costante di counselling adolescenziale.
- Promuovere la disponibilità dei ragazzi, che come tutti i loro coetanei (e forse più di loro) affrontano un difficile passaggio dall'adolescenza alla piena maturità.
- Promuovere un trasferimento graduale, non traumatico, che tenga conto delle realtà locali (coesistenza o meno dei due centri nella stessa struttura, tipo di rapporto tra i medici dei due centri, ecc.).
- Promuovere una comunicazione efficace tra i medici della Diabetologia Pediatrica e i medici

della Diabetologia dell'Adulto, il PLS e il MMG.
- Organizzare una transizione strutturata ai Centri di Diabetologia per l'adulto.

Possibili linee di intervento
- Assicurare la transizione dei ragazzi, al termine del loro percorso di maturazione, ai servizi di diabetologia per l'adulto in accordo con le linee guida esistenti.
- Disegnare un percorso di transizione personalizzabile da soggetto a soggetto e adattabile alle varie realtà locali.
- Avviare i giovani in transizione a servizi che diano garanzie di adesione alle linee guida (primo passo per costruire una uniformità di approccio terapeutico e un'alleanza che garantirà efficacia e fiducia).
- Ottenere un "*feedback*" dai pazienti che hanno recentemente affrontato la transizione.

Monitoraggio (indicatori proposti)
- Percezione del benessere psico-sociale da parte dei giovani e delle loro famiglie.
- Numero di pazienti e modalità di trasferimento ai servizi di diabetologia per adulti, quantificando l'esito a distanza della transizione.
- Monitoraggio periodico dell'eventuale *drop-out* dal sistema di cure.

k. La gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia

Aspetti essenziali

Il diabete costituisce in ospedale una realtà trasversale a tutti i reparti: è presente in almeno un paziente su quattro tra i degenti e in un paziente su due/tre in terapia intensiva cardiologica. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione è circa del 23-24% rispetto al 12,5 % della popolazione non diabetica. Quasi il 70% della spesa sanitaria correlata a diabete in Italia è dovuto a costi diretti attribuibili all'ospedalizzazione per complicanze acute e croniche.
Difficilmente il ricovero è dovuto a eventi metabolici acuti legati alla malattia (iperglicemia, iperosmolarità, chetoacidosi o ipoglicemie), ma più frequentemente a eventi acuti che richiedono un ricovero urgente (ictus, infarto miocardico, infezioni, frattura o trauma) o a interventi chirurgici in elezione in persone con diabete.
Si possono individuare quattro momenti fondamentali del passaggio delle persone con Diabete in ospedale:
a) percorso pre-operatorio del paziente diabetico: permette di eseguire le indagini necessarie per la valutazione del rischio operatorio e di preparare l'intervento;
b) accesso dei pazienti Diabetici in Pronto soccorso: per problemi connessi alla malattia, quali ipoglicemia o iperglicemia, iperosmolarità o chetoacidosi, ulcere infette del piede, o per iperglicemia di nuovo riscontro (neodiagnosi);
c) assistenza al paziente diabetico ricoverato: per tutti i pazienti con diabete è opportuno il coinvolgimento della Struttura Diabetologica di competenza per la presa in carico del paziente e la gestione della fase acuta;
d) dimissione "protetta" o presa in carico pre-dimissione: in qualunque contesto assistenziale sia ricoverato il paziente con Diabete, deve essere condiviso con il servizio di Diabetologia (sia ospedaliero sia territoriale) un percorso di dimissione protetta, che garantisca una continuità assistenziale tra ospedale e territorio che mantiene il paziente al centro di una rete di servizi efficiente ed efficace, evitando gli "abbandoni" del paziente dimesso senza gli strumenti (presidi) e senza la formazione idonea per eseguire la terapia farmacologica e l'autocontrollo glicemico domiciliare in sicurezza.

Criticità attuali

La presenza di diabete (noto o di nuova diagnosi) aumenta il rischio di infezioni e di complicanze,

peggiora la prognosi, allunga la degenza media e determina un incremento significativo dei costi assistenziali.
L'iperglicemia è un indicatore prognostico negativo in qualunque *setting* assistenziale, ma le evidenze scientifiche dimostrano che la sua gestione ottimale migliora l'outcome dei pazienti, riduce la mortalità e i costi.

Obiettivi proposti
Gestire il diabete nei pazienti ospedalizzati con schemi di trattamento validati e condivisi, semplici e sicuri.
Creare una continuità tra territorio e ospedale, perché il diabetico ospedalizzato possa ricevere le stesse cure e attenzioni che trova nel territorio.

Indirizzi strategici
- Formazione degli Operatori Sanitari Medici e non Medici di area medica e chirurgica al fine di garantire alle persone con diabete una uniformità di comportamento soprattutto nella gestione della terapia e dell'autocontrollo glicemico, nella diffusione e applicazione dei protocolli per le emergenze, e nelle informazioni sanitarie fornite.
- Interventi educativi rivolti ai pazienti per favorire l'autogestione della malattia: il ricovero ospedaliero che rappresenta una criticità nella vita del diabetico, può così diventare una opportunità per migliorare l'assistenza al paziente stesso e l'*outcome*.

Possibili linee di intervento
- Per garantire la sicurezza e la appropriatezza degli interventi terapeutici, la continuità del percorso assistenziale e ridurre i costi delle degenze è indispensabile che il team diabetologico e il MMG/PLS siano coinvolti attraverso percorsi assistenziali condivisi, definiti a livello locale e approvati e sostenuti a livello aziendale.
- Il paziente diabetico richiede un'attenta e competente "continuità di cura", sia nel senso "territorio-ospedale" che di una "dimissione protetta" dall'ospedale al territorio con presa in carico da parte del team di riferimento (per la sua gestione ottimale) e consulenza infermieristica strutturata (per addestrare i pazienti all'uso della terapia insulinica e dell'autocontrollo glicemico domiciliare).

Monitoraggio
Possibili misure finali saranno rappresentate da: riduzione della degenza media con azzeramento delle giornate di degenza pre intervento; ottimizzazione delle liste di attesa con riduzione dei ricoveri inappropriati; miglioramento degli esiti.

I. L'uso appropriato delle tecnologie

Aspetti essenziali
L'evoluzione tecnologica ha ampiamente favorito la semplicità d'uso dei *device* per la somministrazione di insulina e il monitoraggio della glicemia; un uso appropriato ne garantisce l'efficacia e la prevenzione di errori di utilizzo. Il team diabetologico che ha in carico il paziente ha gli elementi per operare la scelta più appropriata rispettando le esigenze, le caratteristiche e le capacità manuali e intellettive del singolo paziente e tenendo nel giusto conto le innovazioni tecnologiche.
Al di là del sogno della realizzazione del pancreas artificiale, la più immediata e più importante applicazione delle tecnologie, è quella di mettersi al servizio delle persone con diabete, sostenendole nelle necessità quotidiane (controllare la glicemia, definire la dieta, iniettare e variare la dose di insulina) in modo da garantire nel tempo una gestione appropriata, efficace e dinamica della terapia.
Per quanto riguarda l'autocontrollo domiciliare della glicemia (SMBG)**,** il suo obiettivo è educare il paziente, e la sua famiglia fornendo gli strumenti adatti al fine di conseguire un adeguato compenso metabolico per prevenire o posticipare l'insorgenza delle complicanze acute (chetoacidosi e

ipoglicemia) e per prevenire o posticipare l'insorgenza delle complicanze croniche (retinopatia, nefropatia, micro e macro-angiopatia).
Tutto ciò si traduce in pratica in una miglior conoscenza della propria malattia, migliore applicazione della terapia, riduzione delle complicanze, migliore qualità di vita, riducendo al contempo i costi di gestione della stessa. L'annotazione dei risultati e di altre informazioni inerenti la gestione della patologia ha importanza fondamentale sia per il paziente sia per il medico. Solo dall'attenta analisi e conseguente discussione dei dati registrati ha, infatti, origine il "progetto terapeutico" più adatto.
A tal fine devono essere tenute presenti le caratteristiche che possono condizionare la scelta di un glucometro rispetto a un altro, tenendo conto anche, qualora necessario, della fenotipizzazione del paziente. Tali strumenti devono garantire: a) praticità d'uso e adeguatezza alla fenotipizzazione del paziente; b) accuratezza e precisione; c) controllo di qualità.
Per quanto riguarda la terapia insulinica sottocutanea continuativa tramite microinfusore (CSII - Continuous Subcutaneous Insulin Infusion), questa è una proposta terapeutica che è oggi spesso presentata alle persone con diabete di tipo 1[4].
Sulla base di un editoriale sulla prescrizione della CSII in Europa, oggi in Italia risulta in trattamento con Microinfusore il 12% della popolazione con Diabete di Tipo 1 (Renard, 2010). È doveroso ricordare che il costo delle due alternative terapeutiche (CSII e terapia multi-iniettiva) è considerevolmente differente non solo in termini di device e materiali di consumo, ma anche in termini di impianto organizzativo dei necessari percorsi assistenziali dedicati. Se si confrontano i costi "grezzi" delle due terapie la CSII ha un impatto economico annuo 4 volte superiore alla terapia MDI con glargine + analoghi rapidi.
Nel confrontarsi con nuove apparecchiature, è necessario sempre considerare anche gli aspetti organizzativi assieme alla appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche, enfatizzando il concetto secondo cui al corretto utilizzo della strumentazione si deve sempre affiancare un corretto apprendimento sia dell'operatore sia del paziente e un appropriato utilizzo di competenze.
La disponibilità di molti e sempre nuovi dispositivi medici e la spesa per l'acquisto degli stessi stanno assumendo, nel corso degli anni, una rilevanza sempre maggiore; è quindi necessario individuare azioni che portino a un equilibrio tra alcuni elementi: la disponibilità al paziente dei prodotti innovativi, l'appropriatezza in fase di programmazione, di acquisto e di utilizzo dei dispositivi, e la disponibilità finanziaria delle strutture del Servizio sanitario nazionale.
È necessario avere come obiettivo l'impiego di strumenti e procedure idonei ad ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio e i costi, personali e sociali, connessi ad un non appropriato autocontrollo glicemico, così come riportato nei documenti "Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito" ("*Quaderni del Ministero della salute n. 10, 2011, scaricabile sul sito www.salute.gov.it)* [5].
È quindi necessario anche procedere sempre a una esatta valutazione di quanto viene proposto come innovativo (che non sempre significa " novità"), unita a una valutazione del peso dei benefici per il paziente e, più in generale, per il sistema sanitario.
Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, il personale coinvolto nell'utilizzo di pompe insuliniche e dispositivi per il monitoraggio continuo della glicemia deve essere adeguatamente preparato, in modo da rendere pazienti e *caregiver* capaci di un impiego corretto. Pertanto, tale uso deve essere riservato a Centri altamente specializzati, e declinato in un articolato programma di gestione.

---

[4] L'HTA più recente (Cummins E, Royle P, Snaith A, Greene A, Robertson L, McIntyre L, Waugh N, "Clinical effectiveness and cost-effectiveness of continuous subcutaneous insulin infusion for diabetes: systematic review and economic evaluation", 2010) è, di fatto, l'aggiornamento di un documento prodotto dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nel 2008.
[5] Vedi anche il "Documento di consenso AMD-SID- SIEDP-OSDI- SIBioC – SIMeL, 2012" *(consultabile sui siti delle Società Scientifiche*).

Criticità attuali

La principale criticità è la mancanza di criteri espliciti e condivisi nella selezione dei pazienti. Inoltre, vengono segnalate prescrizioni di dispositivi non appropriati, frequenti errori di utilizzo, problemi nel controllo di qualità e aumento dei costi.

Obiettivi proposti

- Perseguire un equilibrio tra la disponibilità al paziente dei prodotti innovativi, l'appropriatezza in fase di programmazione, di acquisto e di utilizzo dei dispositivi medici, e la disponibilità finanziaria delle strutture del Servizio sanitario nazionale.
- Pervenire a una corretta valutazione della innovatività di un prodotto, del peso dei benefici per il singolo paziente nonché, più in generale, per il sistema.
- Considerare gli aspetti organizzativi insieme all'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche.
- Favorire l'impiego di strumenti e di procedure idonei a ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio e i costi, personali e sociali, connessi a un uso non appropriato dell'autocontrollo glicemico.
- Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie, nel rispetto di criteri di selezione condivisi.

Indirizzi strategici

- Le tecnologie potrebbero rappresentare l'occasione ideale per definire e testare una modalità organizzativa che consenta equità di accesso alla tecnologia stessa, valorizzando al tempo stesso le competenze e l'esperienza dei Centri più specializzati e ad alto livello di organizzazione.
- Tale modello "hub and spoke" sarebbe garanzia di una adeguata selezione dei pazienti avviati alla terapia, alla erogazione di programmi di educazione terapeutica certificati, alla verifica periodica dei risultati e al raggiungimenti del risultato atteso per la valutazione sulla opportunità del proseguimento del trattamento, alla raccolta delle informazioni per il monitoraggio periodico della qualità del processo assistenziale e, infine, anche al contenimento dei costi.

Possibili linee di intervento

- Promuovere azioni che migliorino l'organizzazione dei servizi di assistenza, per garantire al paziente la continuità dell'autocontrollo e i controlli di qualità interni ed esterni continuativi nel tempo (formazione, verifiche ispettive, eccetera).
- Adottare da parte delle strutture di riferimento diabetologico e di laboratorio strategie basate su un programma di VEQ o su confronto tra dati, nel rispetto di protocolli validati e condivisi dalle società scientifiche, e che tenga conto delle interferenze segnalate, della calibrazione, della possibilità di errore da parte del paziente.
- Migliorare l'adesione del paziente alla terapia attraverso un educazione terapeutica strutturata che lo ritenga capace di autogestire sia il controllo sia il trattamento della patologia.
- Verificare periodicamente il raggiungimento del risultato atteso nell'uso degli strumenti ad alta tecnologia per la valutazione sulla opportunità del proseguimento del trattamento.
- Erogazione di programmi di educazione terapeutica certificati.
- Raccolta di informazioni per il monitoraggio periodico della qualità del processo assistenziale e sul contenimento dei costi.
- Data l'importanza di un utilizzo corretto delle tecnologie nel rispetto della sostenibilità economica, promuovere l'omogeneizzazione dei comportamenti prescrittivi finalizzata anche al contenimento delle risorse dedicate alla diagnosi e terapia del diabete.
- Promuovere forme di comunicazione che contengano procedure condivise e validate a livello centrale, con la collaborazione delle Società scientifiche, per far si che le persone con diabete usino la tecnologia in maniera corretta, efficace e sicura.
- Fornire indicazioni specifiche che definiscano e ottimizzino il contesto assistenziale nel quale

dovranno essere identificati i pazienti per l'utilizzo delle diverse tecnologie.
- Attivare iniziative che migliorino l'appropriatezza della prescrizioni, favoriscano l'adozione di percorso educativo strutturato, migliorino la competenza del servizio di diabetologia documentato e certificato, promuovano il monitoraggio dei risultati.

Monitoraggio
Monitorare l'uso appropriato delle tecnologie, con particolare riguardo al rispetto di criteri di selezione condivisi.

m. Le Associazioni di persone con diabete

Aspetti essenziali
Le Associazioni di persone con diabete svolgono un'azione collettiva, responsabile, solidale ed hanno un ruolo importante nell'assistenza, specialmente in questo particolare momento storico in cui le risorse destinate ai servizi si riducono in modo vistoso.
Alcuni elementi di fondo che le caratterizzano (spontaneità, gratuità, servizio agli altri, continuità) le rendono una forza collettiva che si auto-organizza per migliorare il benessere delle persone con diabete ma che non può e non deve sostituirsi all'intervento pubblico con cui deve coordinarsi e avere un dialogo costruttivo.
Il loro ruolo diventa strategico se non erogano solo servizi ma sono anche in grado di migliorare la qualità della vita delle persone con diabete e delle loro famiglie e di costruire percorsi di socializzazione e di integrazione ponendosi come intermediario tra istituzioni e collettività, secondo un principio di responsabilità sociale partecipata.
Esse devono puntare soprattutto all'innovazione e alla promozione di politiche sociali e sanitarie attente ai problemi, valorizzando al massimo i bisogni, e puntando a essere elemento di cambiamento sociale e sanitario.
Devono infine svolgere ruoli di anticipazione nella risposta a bisogni emergenti, di stimolo delle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini, di formazione della cultura della solidarietà e delle reti informali di solidarietà di base, di sussidiarietà.

LA FORMAZIONE
Le Associazioni di persone con diabete sono, e devono essere, costituite da volontari, che agiscono in forma di attività senza scopi di lucro, coinvolti direttamente o indirettamente nella patologia. È importante il ruolo di un Associazionismo che abbia una formazione adeguata nel percorso di salute sia per il diabetico sia per le persone a rischio di diabete.

Criticità attuali
Talora i volontari hanno conoscenze, tecniche e amministrative limitate e non in grado di intervenire efficacemente nelle attività previste dall'organizzazione. Ciò, riduce l'efficienza e l'efficacia del loro impegno sia nei confronti della persona con diabete, che nei rapporti col sistema sanitario e le Istituzioni.

Obiettivi proposti
È fondamentale che tutti i volontari siano formati e qualificati per il ruolo che compete loro all'interno dell'organizzazione e che acquisiscano quella capacità gestionale che li porti a operare con efficienza, chiarezza, affidabilità, eticità e professionalità sia nei confronti della persona con diabete, che nei confronti delle Istituzioni.

Indirizzi strategici
Sviluppare il processo di formazione (che deve riguardare in particolar modo la capacità di comunicazione e ascolto), la relazione d'aiuto, la conoscenza di leggi e normative nazionali, regionali, locali, la gestione amministrativa e contabile dell'Associazione, la capacità organizzativa e pro-

grammatoria.

Possibili linee di intervento
Corsi di formazione, inserimento nell'ambito di gruppi di lavoro e commissioni a livello sia locale sia centrale.

Monitoraggio
Numero di corsi di formazione; numero di gruppi di lavoro con presenza di rappresentati delle Associazioni, ecc.

L'EDUCAZIONE SANITARIA E L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA
L'educazione del diabetico (ed anche dei familiari e dei genitori, per il minore) è il cardine della corretta gestione della malattia. In quest'ottica le Associazioni di persone con diabete possono contribuire, in accordo con il personale sanitario, al miglioramento dell'educazione del paziente e del contesto sociale in cui egli vive e opera, fino al raggiungimento di uno stato di pacifica convivenza con il diabete.

Criticità attuali
Dagli studi pubblicati si evidenza una scarsa compliance operatore sanitario / paziente. In questo gioca sicuramente un ruolo fondamentale la comunicazione.
Pertanto le Associazioni devono contribuire a migliorare l'aspetto comunicativo e portare la persona con diabete alla consapevolezza di un'autogestione adeguata, nel rispetto di quanto definito dal MMG, dal PLS o dal Servizio di Diabetologia.

Obiettivi proposti
Rendere più efficienti ed efficaci gli interventi, migliorare la capacità comunicazionale, qualificare le conoscenze.

Indirizzi strategici
Formazione e informazione adeguata per supportare la persona con diabete, in accordo con il personale sanitario, nell'autocontrollo e nell'autogestione giornaliera, promovendo corretti stili di vita.

Possibili linee di intervento
- Attività di formazione e informazione dei volontari
- Attività di supporto all'organizzazione di corsi di educazione sanitaria rivolti a tutta la popolazione in collaborazione con i Medici e/o le Aziende Ospedaliere, e/o le ASL, nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione di riferimento, dai contenuti delle Linee Guida e dai piani regionali.
- Supporto della persona con diabete nei suoi diritti e doveri sia sanitari sia sociali.

Monitoraggio
- Numero di corsi attivati per la formazione per i volontari.
- Numero di partecipazioni alle attività di supporto ai corsi di educazione sanitaria.
- Numero di contatti per attività di relazione d'aiuto instaurati.

n. L'epidemiologia e la registrazione dei dati

Aspetti essenziali
Un corretto sviluppo di un Piano sulla malattia diabetica non può prescindere da una approfondita conoscenza dei dati relativi alla patologia e alle sue complicanze (incidenza, prevalenza, variabilità temporale e geografica, ricoveri ospedalieri, costi, eccetera). Sono auspicabili, quindi, la mi-

gliore utilizzazione e integrazione di tutte le fonti informative esistenti rese accessibili a livello locale, regionale e nazionale.
Si ritiene possibile, utile e necessario promuovere un sistema di monitoraggio della malattia diabetica, tecnologicamente agile e progressivamente sempre più completo, teso a supportare una strategia efficace di uso delle informazioni a tutti i livelli: dalla pratica clinica ai pazienti, dalla amministrazione delle aziende sanitarie locali alla programmazione regionale e nazionale.
Epidemiologia e sistemi informativi costituiscono quindi gli strumenti strategici sui quali puntare per tradurre nella pratica corrente le conoscenze disponibili e utilizzare i metodi epidemiologici per migliorare qualità ed esiti della cura.

Criticità attuali
L'utilizzo, al momento carente, degli archivi computerizzati esistenti e periodicamente aggiornati per fini amministrativi (esenzione ticket, SDO, prescrizioni farmaceutiche, archivio di mortalità) deve essere potenziato a livello regionale e integrato a livello nazionale al fine di rispondere all'esigenza di quantificare e monitorare gli eventi e produrre rapporti periodici sull'andamento della patologia e delle sue complicanze, nonché sulla qualità della cura erogata. È necessario, inoltre, pur rispettando e valorizzando le decisioni e le esperienze effettuate in contesti clinici e territoriali eterogenei, garantire una coerenza tra i diversi sistemi informativi, da concordare nelle sedi opportune in ambito nazionale.

Obiettivi proposti
Obiettivo generale è riorganizzare, omogeneizzare e realizzare attività di rilevazione epidemiologica finalizzate al miglioramento delle conoscenze sulla patologia e dell'assistenza.
Obiettivi specifici sono:
a) la misura dell'incidenza e della prevalenza di diabete di tipo 1 e di tipo 2, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo valutando la possibilità di estendere tali misurazioni alle altre forme di diabete, quali diabete in gravidanza e MODY;
b) la definizione di una lista di indicatori comuni per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria erogata (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi) tenendo anche conto di quanto definito nell'ambito di progetti già avviati (es. Progetto IGEA);
c) l'integrazione in rete delle strutture territoriali finalizzata all'attuazione di programmi di gestione integrata della malattia, garantendo simultaneamente la connessione in rete dei servizi, e la condivisione delle informazioni fondamentali per la realizzazione del programma secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

Indirizzi strategici
Integrazione e potenziamento dei flussi informativi esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata per le persone con diabete.
Raccolta delle informazioni che tenga conto delle diverse modalità organizzative esistenti, anche partendo dal lavoro già svolto dalle istituzioni regionali e nazionali e da associazioni professionali e scientifiche.
Inoltre, al fine di migliorare progressivamente l'azione strategica, si ritiene necessario condividere le esperienze con il contesto internazionale, in particolare a livello europeo.

Possibili linee di intervento
Attivazione di gruppi di lavoro nazionali e regionali per l'Informazione integrata nel Diabete, che, attraverso la definizione di criteri di base e specifiche tecniche generali, consentano la condivisione di un sistema di indicatori su base nazionale.
Creazione progressiva di banche dati in grado di interconnettersi tramite l'adozione di regole comuni, al fine di disporre delle basi di conoscenza per il follow-up e la sorveglianza della patologia,

unendo i diversi tipi di informazione esistenti attraverso un'azione coordinata di intervento sul territorio.
Avviamento del sistema integrato e definizione delle linee di indirizzo per l'integrazione a livello interregionale e nazionale (in particolare si svilupperanno: criteri per il collegamento delle informazioni a livello nazionale; metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici; criteri per la realizzazione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale).

Monitoraggio
Attraverso una lista di indicatori comuni a tutte le Regioni, in linea con quanto definito a livello nazionale, misurare l'andamento nel tempo della comparsa delle complicanze associate al diabete, e la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria erogata (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi).

5. IL MONITORAGGIO DEL PIANO

Tenendo conto dell'attuale quadro istituzionale caratterizzato sia dall'autonomia regionale sia dall'inderogabilità della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, il Piano pone specifica attenzione non solo alla fotografia dell'esistente ma anche all'individuazione di criticità nel sistema e alla conoscenza di strumenti che riflettano la qualità e la quantità delle prestazioni.
Inoltre, si pone particolare enfasi sulla responsabilizzazione delle Istituzioni e dei soggetti deputati all'organizzazione ed erogazione dei servizi, sottolineando l'importanza di rendere partecipi al tempo stesso tutti coloro che interagiscono con i servizi, compresi i cittadini.
Il suo impianto non fa riferimento a rigidi modelli ma cerca di indirizzare le Istituzioni deputate alla regolamentazione, all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza, verso una omogeneizzazione e una interazione di intenti, nella gestione della tutela della persona con diabete e a rischio di diabete.
Dal punto di vista operativo un disegno di monitoraggio del Piano deve indirizzarsi lungo le seguenti direttrici:
a) il monitoraggio a livello centrale, del recepimento del Piano da parte delle Regioni a livello locale, attraverso l'analisi, finalizzata al *benchmarking* inter-regionale, degli atti formali di recepimento, nonché degli strumenti conseguenti, di cui ogni regione si doterà (Linee di indirizzo, Piani programmatici) per contestualizzare, sulla base delle proprie scelte strategiche specifiche ma in armonia con una logica di "unitarietà nella differenza", l'articolazione organizzativa e operativa prevista dal Piano e il processo attuativo dei progetti in esso indicati;
b) il monitoraggio degli assetti organizzativi e operativi che scaturiranno dalle scelte attuative del Piano nelle singole Regioni; in particolare: la riorganizzazione e il riorientamento dei servizi attuali verso la prospettiva di un "nuovo sistema di Cure Primarie", relativamente alla gestione del Diabete Mellito, più orientato all'efficacia, all'efficienza e a una vera attenzione ai bisogni "globali" (non solo clinici) dei pazienti, alle potenzialità di questi ultimi nell'autogestione della propria patologia e dei propri percorsi assistenziali, alla effettiva valorizzazione dei contributi scaturenti dalla rete dei *caregiver* e, più in generale, dalle risorse comunitarie, in primis quelle del volontariato qualificato;
c) l'andamento dei principali indicatori di salute relativi alla patologia diabetica per cercare di comprendere, nel breve e nel medio/lungo periodo, quanto le strategie attuate, e non solo ipotizzate, siano effettivamente in grado di generare risultati, sia in termini di performance, sia in termini di outcome, sia in termini di modalità e di costi di gestione.
Queste tre direttrici sulle quali si è scelto di strutturare l'articolazione del monitoraggio del Piano, forniranno non soltanto dei risultati valutativi sull'impatto, diretto e indiretto, ma anche quei necessari elementi critici di riflessione per la revisione dello stesso, dei suoi indirizzi e delle sue raccomandazioni, in modo che le prossime stesure siano aderenti ai fabbisogni emergenti nei contesti reali e si nutrano del sapere che scaturisce dalle problematiche attuative e dei fattori di successo.

RIQUADRO 16 - INDICATORI DI PIANO

Monitoraggio a livello centrale del recepimento del Piano da parte delle Regioni

Indicatori proposti:
- delibera regionale di recepimento del Piano;
- atti di costituzione di apposita commissione o gruppo a livello regionale per la sua diffusione e norme per la sua attuazione regionale;
- censimento delle strutture specialistiche con analisi dati disponibili.

Valutazione degli effetti dell'attuazione del Piano basata sugli outcome.

Indicatori proposti:
- attivazione della rete assistenziale (delibere, norme che definiscano e regolamentino la integrazione e il lavoro in rete);
- acquisizione nelle singole Aziende Sanitarie degli atti necessari per raggiungere gli obiettivi del Piano;
- prevalenza e incidenza del diabete nella popolazione generale;
- prevalenza del diabete in ospedale.

Valutazione delle strategie basata sulla regolare revisione delle linee di indirizzo del Piano e dei progressi fatti verso la loro attuazione

Indicatori proposti:
- adozione locale di PDTA specifici per il diabete;
- formazione locale di gruppi multi-professionali (Diabetologi, MMG, ODLS, Direzioni Sanitarie, Associazioni) per il coordinamento dell'attività diabetologica e la definizione del PDTA;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del diabete;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione dell'obesità;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del rischio cardiovascolare.

Di seguito si propone un esempio di come gli indicatori proposti potrebbero essere declinati secondo le varie competenze (livello centrale e locale):

A livello centrale
- delibera regionale di recepimento del Piano;
- atti costituzione di apposita commissione o gruppo a livello regionale per la sua diffusione e norme per la sua attuazione regionale;
- atti di attivazione della rete assistenziale (delibere, norme che definiscano e regolamentino la integrazione e il lavoro in rete);

A livello regionale/aziendale
- adozione locale di PDTA specifici per il diabete;
- formazione locale di gruppi multi-professionali (Diabetologi, MMG, ODLS, Direzioni Sanitarie, Associazioni) per il coordinamento dell'attività diabetologica e la definizione del PDTA;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del diabete;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione dell'obesità;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del rischio cardiovascolare;
- attivazione del flusso informativo integrato tra le aziende per la patologia diabetica.

Per quanto attiene alle modalità di attuazione del monitoraggio così delineato e al sostegno all'attuazione del Piano, appare opportuno indirizzarsi lungo due direttrici fondamentali:
- da un lato, ogni Regione individuerà gli assetti e gli strumenti che si riterranno più consoni,

all'interno del quadro delineato dal Piano e degli indicatori in esso contenuti, a realizzare un proprio sistema di monitoraggio; il sistema di monitoraggio regionale, oltre a fornire il sapere utile a meglio calibrare le scelte strategiche locali, alimenterà il sistema di monitoraggio nazionale, finalizzato alla rivisitazione critica del Piano e alla gestione del processo di benchmarking, che costituisce l'ossatura fondante di un sistema in cui le differenze possano effettivamente rappresentare un valore reale e uno stimolo continuo verso l'innovazione;
- dall'altro lato, appare necessario dotarsi di un unitario impianto nazionale di monitoraggio del Piano, che sia in grado, attraverso un lavoro di rete, di costruire e gestire un monitoraggio "vivo", sostanziale e non solo formale, degli sviluppi del Piano, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo che scaturiranno dalle diverse esperienze regionali.

In tale prospettiva sarà però necessario definire un programma di lavoro che veda coinvolti altri attori quali l'AGENAS e l'ISS, che, con il progetto IGEA ha fornito un nuovo disegno di gestione delle patologie croniche, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle varie regioni, seppure in una logica di sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo.

VISTO: IL PRESIDENTE: SERRACCHIANI
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

15_36_1_DGR_1676_3_ALL2

strumenti – Agosto 2015

Regione Friuli Venezia Giulia

Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza Integrata alla Persona con Diabete

Anno 2015

Documento a cura di:

Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica

Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Sommario

DISTRIBUZIONE

Il presente protocollo viene trasmesso a tutti i sanitari e soggetti interessati attraverso le modalità più opportune dal responsabile aziendale.

TERMINOLOGIE ED ABBREVIAZIONI

PDTA Percorso diagnostico terapeutico assistenziale

MMG Medico di medicina generale

PLS Pediatra di libera scelta

UDMG unità distrettuale medicina generale

INTRODUZIONE

La domanda sanitaria, sempre più condizionata dall'aumento dell'incidenza e della prevalenza delle malattie croniche, e i moderni sistemi sanitari si basano su approcci e interventi specialistico - settoriali che prevedono che ogni soggetto erogatore (MMG, PLS, specialisti, ospedali, ecc.) sia specializzato nel fornire assistenza per diversi gradi di complessità clinico-assistenziale.
Nel tempo tale approccio gestionale si è dimostrato inadeguato per conseguire i risultati di salute attesi soprattutto nei pazienti con malattia cronica. La gestione della cronicità richiede infatti la co-partecipazione di professionalità diverse e complementari, il coordinamento tra i contributi dei diversi servizi e professionisti, la garanzia di una continuità delle cure e la responsabilizzazione dei diversi attori che intervengono nel processo di cura, compreso il paziente stesso.
Vi è l'esigenza, pertanto, che, nei processi di revisione organizzativa dei servizi e dei settori di intervento, si affermino i principi della gestione integrata delle patologie come modalità in grado di assicurare la continuità assistenziale e il coordinamento degli interventi all'interno di una rete collaborativa di servizi e di professionisti.
Tra le malattie in crescita, il diabete risulta una delle patologie croniche a più larga diffusione in tutto il mondo e, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le aree geografiche, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate.
In Italia, sull'onda di quanto sta accadendo negli altri Paesi occidentali e sulla base delle indicazioni delle agenzie internazionali, è cresciuto negli ultimi anni il dibattito su quali possano essere le migliori iniziative di contrasto, come è documentato dall'orientamento dei progetti e dai piani sanitari degli ultimi anni (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Piano Nazionale della Prevenzione attiva 2004 -2006, Piano Nazionale della Prevenzione 2010 -2012, Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013).
In particolare il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013, che al momento attuale costituisce, in ordine di tempo, l'ultimo documento nazionale, per quanto riguarda il diabete persegue i seguenti obiettivi:

1. Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate;

2. prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stilli di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete;

3. aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura;

4. rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità sociosanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete;

5. nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale;

6. migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare;

7. organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia;

8. aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona;

9. promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie;

10. favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità.

SCOPO DEL DOCUMENTO

Numerosi studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato come il "buon controllo" metabolico possa ridurre in maniera sostanziale il numero delle complicanze, incidere sui costi della malattia e migliorare la qualità della vita della persona con diabete.
Al fine di favorire il raggiungimento di target fissati dalle linee guida nazionali ed internazionali è indispensabile adottare modelli gestionali ed organizzativi che nella letteratura internazionale prendono il nome di "care management programs" ma che sono anche indicati come "disease management", "population management", "chronic care model", seppure in parte differenti tra loro. Nel contesto italiano l'applicazione di questi modelli è rappresentata, anche secondo le indicazioni del piano nazionale, dalla "Gestione integrata della malattia".
In questo contesto, nel corso dell'ultimo decennio, sono state molte le esperienze regionali ed aziendali di gestione dei vari aspetti della patologia diabetica inclusa quella "integrata". Proprio allo scopo di valorizzare quanto di positivo è stato approntato nel corso del recente passato, considerando i risultati raggiunti, senza dimenticare gli obiettivi mancati, con questo documento si intende porre un punto fermo nella gestione unitaria ed omogenea della malattia diabetica a livello regionale su cui incentrare l'attività sanitaria del futuro rivolta alle persone con diabete.
Nelle Aziende della Regione Friuli Venezia Giulia gli attuali modelli assistenziali rivolti al paziente con diabete sono prevalentemente centrati sulla funzione di diabetologia ed evidenziano una significativa variabilità dovuta alla loro organizzazione.
Tali modelli non sono ancora perfettamente orientati a perseguire, come suggeriscono le evidenze di efficacia degli interventi e i documenti delle agenzie internazionali (OMS) e delle associazioni scientifiche (Associazione Americana Medici Diabetologi, Associazione Italiana Medici Diabetologi, Società Italiana di Diabetologia, Società Italiana Medici di Medicina Generale), la strategia complessiva di gestione del paziente con diabete volta a promuovere stili di vita salutari, perseguire gli obiettivi della prevenzione primaria (controllare il peso corporeo, migliorare l'alimentazione, aumentare l'attività fisica, eliminare\ridurre il fumo di sigaretta), diffondere agli operatori del sistema sanitario le pratiche appropriate per il controllo della malattia e per la prevenzione e la sorveglianza delle complicanze.
Alla luce di queste evidenze si intende avviare pertanto una trasformazione dei modelli organizzativi per realizzare una rete di servizi capace di sostenere la gestione integrata della malattia diabetica.
Il documento riporta i più significativi dati epidemiologici, descrive in modo sintetico l'attuale modello organizzativo della diabetologia e relativamente al sistema di erogazione delle prestazioni per i pazienti diabetici, identifica un nuovo modello organizzativo sia in termini di struttura di base che dei principali sistemi operativi per quanto riguarda la gestione integrata del diabete, riporta le opportunità più rilevanti che favoriscono l'attuazione dei nuovi modelli e i vincoli che al momento attuale ne pregiudicano la realizzazione, affronta infine aspetti che al momento condizionano la fattibilità del progetto di gestione.

INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO

In Italia, nel 2013, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 5,4% (5,3% nelle donne e 5,6% negli uomini). In base a questi dati si può considerare che nel nostro Paese ci siano oltre 3 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (4,6%) rispetto al Centro (5,3%) e al Sud Italia (6,6%).
Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,8% nella classe di età 45-54 anni al 20,4% nelle persone con età superiore a 75 anni .

I dati del Registro Regionale del Friuli Venezia Giulia dimostrano che nel 2014 la prevalenza del diabete è intorno al 6,8%.
Lo studio PASSI riguardo ai fattori di rischio associati al diabete ha evidenziato che tra i diabetici, il 55% ha ricevuto una diagnosi di ipertensione, il 45% di ipercolesterolemia, il 75% è in eccesso ponderale (IMC≥25), il 39% è sedentario e il 22% fumatore.
Le persone affette da diabete di tipo 2 presentano un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica, come dimostrato anche dallo studio DAI (Diainf AMD ISS, 2005).
Lo studio trasversale di prevalenza **QUADRI** (Qualità nell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) svolto nel 2004 con interviste somministrate ad un campione rappresentativo della popolazione di pazienti diabetici tra 18 e 64 anni, individuata per esenzione ticket (15.706 persone in Friuli Venezia Giulia a fine 2003) ha dimostrato che per quanto riguarda gran parte delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche non si evidenziano differenze sostanziali tra i diabetici del Friuli Venezia Giulia e il resto d'Italia, le prevalenze sia dell'ipertensione (61%, di cui il 18% non in trattamento farmacologico) sia dell'eccesso di peso (78% in FVG rispetto al 72% in Italia) sono invece significativamente superiori al valore nazionale. Tra gli altri ***fattori di rischio*** l'ipercolesterolemia è dichiarata dal 39% e il fumo di sigaretta dal 24% del campione. Inoltre il 45% dei diabetici in Friuli Venezia Giulia non svolge attività fisica efficace. Il 31% dichiara di avere almeno una ***complicanza*** con una prevalenza simile al resto d'Italia. Le più frequenti sono la retinopatia diabetica (17%) e la cardiopatia ischemica (12%).

L'ATTUALE SISTEMA DI ACCESSO ALLE CURE

L'attuale sistema, in cui il cittadino ha accesso diretto al MMG/PLS, alle strutture di emergenza-urgenza e ai servizi diabetologia, registra un limitato livello d'integrazione e coordinamento tra i diversi centri di responsabilità, e diversi professionisti.

Nella organizzazione che si è andata consolidando i questi anni si riconoscono come punti di forza:

- la distribuzione capillare sul territorio delle strutture di 1° e 2° livello, la pluralità dei punti di erogazione delle prestazioni, la possibilità per il cittadino di ricevere qualunque prestazione sanitaria.

Tra i punti di debolezza:

- un disequilibrio tra domanda e offerta che in taluni casi può portare ad un certo livello di inappropriatezza della richieste di prestazioni sanitarie;
- fragile comunicazione tra le diverse strutture di erogazione delle prestazioni sia di 1° che di 2° livello, ridotto utilizzo nella pratica clinica e assistenziale di linee guida e protocolli condivisi tra medici specialisti e medici generali, mancanza di dati e informazioni disponibili e fruibili da tutti i professionisti interessati riguardo i processi di cura e gli esiti delle cure.

PROPOSTE PER UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE

Le indicazioni dei documenti nazionali ed internazionali\delle evidenze\della normativa

L'inadeguatezza rilevata ad oggi dei programmi di cura per il diabete mellito è generalmente ascrivibile a sistemi di erogazione progettati e organizzati per la cura delle malattie in fase acuta, alla frammentazione dell'erogazione dei servizi, alla fragilità dei sistemi di coordinamento, all'insufficiente capacità di trasmettere informazioni e di sostenere i pazienti nella modifica dei cambiamenti.

L'organizzazione delle cure per le malattie croniche, e in particolare del diabete mellito, si basa su una stretta collaborazione tra medici specialisti e MMG/PLS in grado di consentire l'esecuzione di interventi coordinati nell'ambito di percorsi assistenziali predefiniti, nonché la costituzione di team multi professionali in grado, di assicurare la continuità delle cure, nelle diverse condizioni cliniche della malattia, garantendo sia informazione ed educazione ai pazienti in merito all'autogestione dell'evoluzione della malattia, sia la predisposizione di sistemi per la raccolta dei dati riguardo i percorsi e gli esiti delle cure.

Le indicazioni convergono sulla necessità di spostare il baricentro degli interventi dalla funzione specialistica alla progettazione e realizzazione di un sistema di cura centrato sulla gestione integrata, identificata come la modalità più efficace per conseguire i risultati di una strategia complessiva per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti affetti da diabete mellito e dalle sue complicanze.

La gestione integrata è una modalità assistenziale basata sulla "partecipazione congiunta dello specialista e del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta in un programma stabilito d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio d'informazioni, oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente" (Progetto IGEA). L'assistenza integrata al diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e, per questo motivo, risulta strategico predisporre una rete integrata pluridisciplinare, pluriprofessionale funzionalmente costituita da **paziente, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, infermiere, dietista, fisioterapista, farmacista, personale dei servizi sociali, podologo, psicologo e basata sull'integrazione con il servizio specialistico, che favorisca il lavoro interdisciplinare in team**. La componente più importante del team è proprio il paziente, che viene educato e responsabilizzato nell'assumere adeguati comportamenti per gestire in modo consapevole la malattia e per monitorare costantemente l'evoluzione clinica della stessa. La gestione integrata prevede che tutti gli operatori interessati partecipino alla stesura di un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base delle linee guida internazionali e nazionali ed integrato dalla conoscenza dei contesti operativi ed organizzativi. Tutti gli operatori devono essere informati e "formati" alla gestione del sistema, e devono essere in grado di registrare ogni dato clinico relativo al paziente su un archivio informatico comune.

In sintesi affinché nel sistema di cura rivolto alle persone con diabete si possano sviluppare e consolidare le modalità proprie della gestione integrata della malattia occorre:

- redigere protocolli diagnostico-terapeutici condivisi;
- identificare percorsi dedicati per realizzare vie preferenziali di comunicazione tra MMG/PLS e specialisti (diabetologi, cardiologi, oculisti, neurologi, nefrologi, ortopedici, ecc.);
- istituire iniziative di formazione per gli operatori riguardo la malattia diabetica e le sue complicanze secondo un approccio multidisciplinare integrato;
- definire e divulgare una procedura per l'adozione del "Consenso informato alla gestione integrata";
- individuare uno strumento/sistema informatizzato comune per la gestione del paziente;
- raccogliere dati e eseguire valutazioni periodiche della gestione integrata, attraverso l'utilizzo d'indicatori di struttura, processo ed esito.

Gli standard italiani per la cura del diabete e gli standard per le strategie di miglioramento della cura del diabete raccomandano l'organizzazione di un team coordinato di professionisti sanitari in grado di assicurare un approccio alla malattia sistematico e continuativo, oltre alla realizzazione dei sotto indicati interventi:

1. l'adozione e l'utilizzo nella pratica clinica e assistenziale di linee-guida/protocolli definiti e condivisi da tutti i professionisti della salute; la predisposizione e la diffusione di efficaci strumenti per migliorare l'aderenza agli standard di cura riportati da linee guida e protocolli;

2. la realizzazione e l'adeguamento della documentazione clinica per agevolare la registrazione dei processi clinico assistenziali e dei dati per la predisposizione di indicatori di processo e di risultato, per contribuire l'identificazione di soggetti a rischio;

3. l'informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico con modalità di archiviazione dei dati essenziali comune per formato e tracciato, al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici;

4. l'attuazione di una medicina di iniziativa - basata su sistemi di individuazione delle persone che necessitano di valutazioni e/o di modificazioni del trattamento – sia con cartelle cliniche elettroniche sia con registri dei pazienti – è fondamentale per aumentare l'aderenza agli standard di cura;

5. la modifica dei sistemi di accessibilità alle cure che permettano l'erogazione di più prestazioni, previste dai percorsi diagnostico terapeutici, con un unico accesso nello stesso giorno e la configurazione nei programmi di medicina generale di raggruppamenti di visite e controlli dedicati al diabete;

6. la definizione di programmi di valutazione e miglioramento della qualità sulla base dei dati raccolti con la documentazione clinica e dalle banche dati amministrative;

7. l'attuazione di programmi formativi per adeguare i comportamenti clinici e assistenziali degli operatori sanitari alle indicazioni riportate dalla letteratura e agli standard di cura;

8. la promozione dell'educazione del paziente e della sua famiglia all'autogestione del diabete in modo che – tramite l'utilizzo di strategie e tecniche diversificate a seconda dell'età e del livello socio-culturale del paziente – venga assicurato un adeguato apprendimento delle modalità di risoluzione delle varie problematiche connesse con la gestione della malattia e il paziente possa assumere un ruolo attivo nel piano di cura.

La struttura di base della organizzazione della rete: servizio diabetologico ospedaliero o territoriale e il team territoriale

Tralasciando i motivi, peraltro noti, che hanno generato, anche nel nostro contesto organizzativo, una rilevante e inevitabile differenziazione professionale e organizzativa nel settore della diabetologia, l'obiettivo proposto è quello di progettare una risposta ai bisogni di salute del paziente con diabete caratterizzata da un forte coordinamento ed integrazione tra operatori, attraverso l'identificazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi dalle diverse componenti della rete collaborativa, la predisposizione di un pannello di indicatori per la valutazione dell'efficacia degli interventi clinico assistenziali e dell'efficienza dei modelli organizzativi e la realizzazione di programmi di informazione ed educazione dei pazienti.

In ogni contesto l'argomento dell'organizzazione dei servizi rivolti alle persone affette da diabete mellito, viene affrontato con la finalità di:

- identificare la rete di servizi più efficace per conseguire i migliori obiettivi di salute in relazione alle diverse fasi di malattia;
- organizzare e realizzare gli interventi dei diversi livelli specialistici e delle cure primarie con modalità integrate e coordinate;

- superare le logiche dell'erogazione delle prestazioni e promuovere quelle della progettazione ed organizzazione dei processi di cura;
- prevedere che gli interventi assistenziali siano basati sui principi delle prove di efficacia;
- consolidare i sistemi di misura dell'intero processo di cura e identificare gli ambiti di miglioramento;
- affermare il modello assistenziale della gestione integrata come il più efficace e il più economico per la cura delle persone con diabete mellito;
- uniformare, tenendo conto dei diversi contesti organizzativi presenti in un determinato territorio, le strategie di intervento.

Il modello organizzativo di riferimento è una "rete" costituita dai servizi specialistici (ospedalieri e territoriali) e dal gruppo di operatori che operano esclusivamente sul territorio di cui fanno parte il MMG/PLS, l'infermiere dei servizi territoriali/di comunità, il dietista, il farmacista e i volontari delle associazioni.

La rete dei servizi per la gestione integrata della malattia diabetica permette che il paziente:
- venga inviato al servizio diabetologico per la valutazione complessiva, per l'impostazione terapeutica e per l'educazione strutturata alla gestione della malattia;
- venga seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG/PLS, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti;
- effettui una visita generale almeno ogni sei mesi presso il MMG/PLS e una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica secondo le indicazioni riportate dal protocollo di follow-up concordato tra MMG/PLS e servizio diabetologico, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze;
- acceda, inoltre, al servizio diabetologico per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio del MMG/PLS, ve ne sia la necessità.

Il servizio specialistico, che può essere ospedaliero o territoriale (Servizio di Diabetologia/ambulatorio di diabetologia) e che opera strettamente in team (comprendente diabetologo, infermieri, dietista, podologo e psicologo ove indicato), ha il compito di:
- inquadrare i pazienti con prima diagnosi di diabete, stadiare la malattia e le complicanze e formulare il "piano di cura personalizzato e condiviso" con il paziente e il MMG/PLS;
- gestire direttamente, in collaborazione con i MMG/PLS, le condizioni cliniche e il piano di cura dei pazienti diabetici con grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, diabete tipo 1, diabete gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza, pazienti in trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina;
- effettuare, in collaborazione con i MMG/PLS favorendo e valorizzando per competenza le professionalità della rete, interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;
- valutare con la periodicità prevista dal piano di cura personalizzato e condiviso, i pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, al fine di monitorare il controllo metabolico e di diagnosticare precocemente le complicanze;
- raccogliere i dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con i MMG/PLS, utilizzando anche le cartelle cliniche in formato elettronico;
- concorrere all'attività di aggiornamento degli operatori del team territoriale.

Il team territoriale è costituito da:

- MMG che ha il compito di:
  - diagnosticare i casi con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e alterata glicemia a digiuno (IFG), diagnosticare la malattia diabetica e gestire la terapia farmacologica;
  - identificare, tra i propri assistiti, le donne con diabete gestazionale;
  - effettuare e promuovere nell'ambito di competenza l'educazione sanitaria e il counselling delle persone a rischio e di quelle con diabete per l'adozione di stili di vita corretti e per l'autogestione della malattia;
  - gestire in modo integrato con la Struttura di Diabetologia il follow-up del paziente diabetico, finalizzato al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
  - monitorare i comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato;
  - organizzare accessi, attrezzature, personale del proprio studio per una gestione ottimale delle persone con diabete;
  - raccogliere i dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il servizio specialistico di riferimento, mediante la adozione di cartelle cliniche in formato elettronico.

- Infermiere:
  - collabora con il MMG nelle attività di programmazione dei piani di cura personalizzati, nell' esecuzione e registrazione della misurazione dei parametri clinici per valutare il controllo metabolico, nell'effettuazione della diagnosi precoce delle complicanze, nelle iniziative di educazione e counselling, raccordandosi anche con il team dell'assistenza domiciliare per la gestione di pazienti diabetici inseriti, per la presenza di esiti di complicanze e/o per la presenza di comorbosità, in programmi di assistenza domiciliare.

- Farmacista:
  - promuove la salute dei cittadini, soprattutto di quelli a rischio definito (ad esempio con elevato indice di massa corporea) attraverso l'informazione strutturata, il consiglio, l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi regionali in collaborazione con il team diabetologico;
  - segnala al MMG i soggetti a rischio individuati attraverso iniziative di prevenzione aziendali o regionali;
  - promuove e monitora l'aderenza al piano di cura farmacologico/terapeutico delle persone con diabete sulla base di indicazioni definite;
  - fornisce assistenza nell'autocontrollo secondo le procedure previste dall'autocontrollo assistito;
  - guida il paziente diabetico nella gestione dell'automedicazione al fine di evitare incompatibilità con il piano di cura farmacologico anche secondo indicazioni condivise con il team;
  - nell'ambito delle iniziative previste dalla DGR 1466/2014 funge da raccordo tra i pazienti e il team diabetologico per la diffusione di informazioni sul tema dell'assistenza e della prevenzione dell'insorgenza e dello sviluppo delle complicanze.

- Dietista:
  - effettua l'intervento dietetico, individuale o a gruppi di pazienti/caregivers, rispondente a criteri di efficacia (educazione alimentare, educazione terapeutica, piano dietetico, counselling);
  - monitora compliance e modifiche dei comportamenti alimentari.

  Dette attività avvengono in collaborazione con il MMG e con i servizi specialisti nel caso sia esterna ad essi.

- Volontari delle Associazioni (no-profit):

  operano in partnership con il team diabetologico, fornendo contributi significativi nei percorsi di corretta informazione, educazione terapeutica, supporto e accompagnamento ai pazienti.

I contenuti dei programmi e la progettazione e realizzazione degli interventi si basano sulle indicazioni delle prove di efficacia, sul superamento del modello centrato sull'erogazione delle prestazioni e sulla valorizzazione degli interventi previsti da percorsi diagnostico terapeutici condivisi dai professionisti che fanno parte del team diabetologico, sulla capacità di rendere la rete dei servizi coesa, integrata, fortemente coordinata e orientata a conseguire risultati.
Il successo dei modelli organizzativi fortemente orientati al conseguimento dei risultati di efficacia e di efficienza, all'integrazione e al coordinamento degli interventi, alla continuità delle cure, alla responsabilizzazione dei diversi componenti della rete collaborativa, è determinato dalla realizzazione, manutenzione e implementazione dei sistemi operativi che costituiscono il collante che aggrega funzionalmente gli interventi e le azioni degli attori della rete.

Protocollo diagnostico assistenziale condiviso

La gestione integrata prevede l'adozione di un protocollo diagnostico-assistenziale condiviso da tutti i soggetti interessati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, farmacisti, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti). Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore svolgerà per competenza nell'ambito del percorso di cura stabilito.

Formazione degli operatori sulla malattia diabetica e le sue complicanze secondo un approccio multidisciplinare integrato

Tutti gli operatori che partecipano alla rete collaborativa devono essere informati e "formati" alla gestione delle cure. La progettazione dei programmi di formazione prevede un'analisi dei bisogni formativi sia del servizio specialistico che del team territoriale e i contenuti dei programmi comprendono gli argomenti relativi alla gestione della malattia cronica e alla costruzione e funzionamento del team.
L'obiettivo principale è tra l'altro fare si che tutti gli operatori del team territoriale acquisiscano nozioni, linguaggio e atteggiamenti comuni.

Adesione informata alla gestione integrata

La gestione integrata prevede un cambiamento forte delle modalità di cura e di gestione del paziente. È indispensabile, quindi, che tutte le persone con diabete coinvolte nel programma siano adeguatamente informate sul percorso di cura che viene loro proposto ed esprimano il loro consenso alla partecipazione.
Il sistema di gestione integrata prevede, inoltre, la realizzazione di un sistema informativo che si fonda sulla raccolta, l'elaborazione e, più in generale, sul trattamento dei dati sulla salute, dati che fanno parte del novero dei dati sensibili il cui trattamento è ammesso solo con il consenso dell'interessato manifestato in forma scritta (D.Lgs. 196/2003, art. 23 comma 4).
In fase operativa assicurare informazione di ritorno a rinforzo motivazionale e di apprendimento.

Coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura

È sempre più evidente che, nei programmi di cura delle malattie croniche, vi sia l'opportunità di introdurre nuove forme di responsabilizzazione, di coinvolgimento, di partecipazione attiva del paziente al processo di cura, in modo che l'assistito ed i suoi familiari possano acquisire gli strumenti per autogestirsi e collaborare con il proprio medico.

Queste attività hanno la finalità di fornire al paziente gli "strumenti" per poter assumere un ruolo più attivo nella gestione del proprio stato di salute. Nel caso del diabete più del 95% delle cure necessarie per il controllo della patologia viene gestito direttamente dal paziente, ne consegue che i pazienti devono essere messi in condizione di prendere decisioni informate su come vivranno con la loro malattia. Si rende necessaria, quindi, la programmazione e la realizzazione di attività educativo-formative dirette ai pazienti, sotto forma di iniziative periodiche di educazione, e di un'assistenza *ad personam* da parte delle diverse figure assistenziali.
Gli argomenti di maggiore importanza per i pazienti (ed eventualmente anche per i familiari) saranno la gestione dei supporti tecnologici domestici (glucometri, penne-siringhe, ecc.), suggerimenti sugli stili alimentari appropriati, suggerimenti sull'automedicazione, elementi di cultura generale della malattia diabetica e delle complicanze, organizzazione e funzionamento dei servizi sanitari rivolti alle persone con malattia diabetica. L'educazione terapeutica rappresenta, quindi, uno strumento cruciale del processo di cura da fornire fin dall'inizio con verifiche periodiche sulla conoscenza, sulle modifiche comportamentali e sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Il sistema informativo e gli indicatori

Il sistema di gestione integrata della malattia diabetica si basa su un sistema informativo idoneo per:

- identificare la popolazione target;
- svolgere una funzione proattiva di coinvolgimento dei pazienti all'interno del processo;
- aiutare gli operatori sanitari a condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti;
- assicurare coerenza informativa e comunicazionale nel team e nella rete (cioè consapevolezza dei limiti di competenza e la relazione tra i membri).

Il modello organizzativo proposto deve essere sistematicamente valutato attraverso indicatori clinici per la valutazione di processo, di esito intermedio, di appropriatezza e di esito finale.
Questi indicatori sono dei cosiddetti "indicatori di performance" utili alla valutazione dell'efficacia dei risultati delle cure, dell'efficienza degli interventi, del grado di scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato.

LE OPPORTUNITA' E I VINCOLI

Nella Regione Friuli Venezia Giulia negli ultimi anni sono state avviate e attuate numerose esperienze riguardo la gestione del diabete mellito.
Queste esperienze, seppur importanti, sono risultate in taluni casi frammentarie e per diverse ragioni non hanno dato seguito ad una continuità nella gestione integrata del diabete che resta così ancora solo parzialmente strutturata.
L'attuale riforma del Sistema Sanitario Regionale, definita con la Legge n.17/2014, costituisce, pertanto, un'opportunità per strutturare una gestione integrata a livello regionale in grado di contribuire ad organizzare una migliore assistenza alle persone con diabete.

LA FATTIBILITA'

Per attuare la gestione integrata è necessario realizzare i presupposti indispensabili alla sua implementazione, favorendo, in particolare, l'integrazione tra i vari operatori sanitari che partecipano al percorso assistenziale dei pazienti.
La realizzazione di programmi per la gestione integrata del diabete sono fortemente condizionati da:

- concreta disponibilità allo scambio delle informazioni attraverso la puntuale raccolta dei dati nelle cartelle cliniche degli operatori sanitari;
- supporto alla cooperazione tra operatori sanitari, tramite l'identificazione e la condivisione di un profilo di base del paziente diabetico;
- predisposizione di strumenti e metodi per la responsabilizzazione del paziente verso la propria salute;
- disponibilità di registri di patologia;
- identificazione di indicatori, clinici e di sistema, per monitorare gli interventi, valutarne l'efficacia e favorire azioni correttive sia sul piano clinico assistenziale che sul piano organizzativo gestionale.

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE DI TIPO 2

SCOPO

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 ha lo scopo di:

- identificare la più appropriata sequenza di azioni da attuare per conseguire i migliori obiettivi di salute in relazione alle diverse fasi di malattia;
- assicurare un'organizzazione coordinata e integrata dei diversi livelli specialistici e delle cure primarie;
- superare le logiche dell'erogazione delle prestazioni e promuovere quelle della progettazione e dell'organizzazione dei processi di cura;
- uniformare gli interventi, tenendo conto dei diversi contesti organizzativi presenti;
- attuare gli interventi secondo i principi basati sulle prove di efficacia;
- misurare l'intero processo di cura e identificare gli ambiti di miglioramento;
- contribuire ad affermare per il diabete mellito tipo 2 nell'adulto il modello assistenziale della gestione integrata che, ponendo al centro dell'intero sistema di cura un paziente informato ed educato a svolgere un ruolo attivo nella gestione della malattia, promuova interventi proattivi nella prevenzione, nella cura e nell'auto-monitoraggio.

CAMPO DI APPLICAZIONE

L'applicazione riguarda le attività di diagnosi e terapia dei pazienti con diabete di tipo 2 non complicato o con complicanze croniche in fase non evolutiva e la definizione delle priorità di accesso alle strutture specialistiche diabetologiche (diversamente articolate ed organizzate nelle diverse realtà ospedaliere e territoriali regionali).

DESTINATARI

I destinatari del documento sono i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, le Strutture specialistiche diabetologiche, gli infermieri, i dietisti, le strutture specialistiche di endocrinologia, le farmacie aziendali ed aperte al pubblico, le Associazioni dei pazienti con diabete, i servizi territoriali distrettuali, le Aziende per l'Assistenza Sanitaria e le Aziende Ospedaliere della Regione Friuli Venezia Giulia.

Flow-chart Gestione Integrata DMT2

Medico di Medicina Generale

Struttura specialistica diabetologica

Altri specialisti (oculisti, cardiologi, nefrologi, neurologi, chirurghi)

Iperglicemia

Indagini

Diabete mellito

SI

NO

Indagini inquadramento diagnostico (2) Esenzione ticket (2)

Valutazione rischio (OGTT)

IFG/IGT

NO

Stop

SI

Follow-up (1)

SI

Problemi (5)

NO

Follow-up gestione integrata (4)

Valutazione periodica programmata

Prima valutazione emergenza acuta metabolica e non: Definizione diagnostica Inquadramento terapeutico iniziale (2,3,6)

Complicanze

SI

NO

Educazione terapeutica strutturata

Rivalutazione

NO

Qualificato per Autogestione?

SI

Redazione piano di cura condiviso e personalizzato con obiettivi terapeutici (7)

Gestione integrata in accordo con MMG

Definizione diagnostica e trattamento complicanze

SI

Stadiazione e/o trattamento di complicanze in fase evolutiva

NO

CONTENUTO E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

Le logiche del PDTA vengono applicate ai seguenti ambiti:

- Primo riscontro di iperglicemia;
- diabete di tipo 2 non complicato o con complicanze croniche in fase non evolutiva;
- accesso al Servizio di Diabetologia.

1) Primo Riscontro di Iperglicemia.

Nel caso il medico di medicina generale riscontri per la prima volta iperglicemia:
se la glicemia basale è compresa tra 110 e 126 mg/dl: prescrive la curva da carico da eseguire con 75 g di glucosio e con prelievo di base e due ore dopo il carico.

Quindi:

1. se risulta nella norma (glicemia base <100 mg/dl e 2 ore dopo il carico <140 mg/dl) non procede a ulteriori interventi;

2. se si configura un quadro di ridotta tolleranza agli zuccheri (IGT) o alterata glicemia a digiuno (IFG) attiva il follow-up corrispondente.
   Il MMG dopo aver fornito, in collaborazione con il dietista di riferimento, le indicazioni per una dieta equilibrata e per uno stile di vita attivo, controlla - flow-chart punto(1):

   - ogni anno:
     - glicemia a digiuno
     - emoglobina glicata
     - pressione arteriosa
     - quadro lipidico completo (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi)
     - accertamento di adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare in collaborazione con il personale dietista di riferimento

   - ogni 3 anni
     - curva da carico di glucosio

3. se la glicemia basale e superiore a 126 mg/dl effettua gli ulteriori accertamenti previsti per la prima valutazione di base per sospetto di diabete.

In caso di **diabete**, il MMG (o il Servizio di Diabetologia qualora non fosse stato effettuato):

- rilascia esenzione ticket - **flow-chart punto(2):**
- prescrive le indagini per il **1° inquadramento diagnostico - flow-chart punto(2):**
  - HbA1c
  - glicemia
  - colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi
  - creatininemia per la stima della velocità di filtrazione glomerulare (utilizzando la formula CKD-EPI)
  - ECG (se indicato)
  - fondo oculare
  - microalbuminuria
  - esame urine
  - test di funzionalità epatica ed eventuali approfondimenti nel sospetto di steatosi o epatite
- invia il paziente (con i referti) al Servizio di Diabetologia.

Il Servizio di Diabetologia effettua la **prima valutazione - flow-chart punto(3):**

- inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e delle eventuali complicanze;
- valutazione nutrizionale dietistica (rilevazione di dati antropometrici, rilevazione delle abitudini alimentari personali e della famiglia) ;
- programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare individuale e/o di gruppo;
- educazione all’attività fisica;
- informazioni necessarie al paziente relative alla patologia metabolica, addestramento all’utilizzo dell’autocontrollo (quando previsto): la frequenza dell’ autocontrollo glicemico verrà prescritta tenendo conto delle raccomandazioni AMD-SID-SIEDP-OSDI-SIBioc-SIMel e delle disposizioni regionali relative alla prescrizione di strisce reattive;
- piano di cura personalizzato e condiviso che comprende gli obiettivi terapeutici (vedi appendice 1).

A seconda della diagnosi:

- paziente con complicanze in fase evolutiva e/o da avviare alla terapia insulinica e/o da inserire in percorsi di educazione strutturata: programma una visita successiva presso il Servizio di Diabetologia;
- paziente non complicato o con complicanze in fase non evolutiva: avvia al follow-up del diabete tipo 2 in gestione integrata con MMG.

2) Diabete di tipo 2 non complicato o con complicanze croniche in fase non evolutiva - flow-chart punto(4):

Il paziente viene inviato al MMG che provvederà ad effettuare:

- almeno ogni 6 mesi (in caso di obiettivo glicemico raggiunto) o ogni 3 mesi (in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo glicemico) il dosaggio della HbA1;
- una volta l'anno creatininemia per la stima della velocità di filtrazione glomerulare utilizzando la formula CKD-EPI (più frequentemente, ogni 6 mesi, in caso di insufficienza renale o nefropatia diabetica) , ricerca della microalbuminuria (ogni 6 mesi in caso di nefropatia diabetica), quadro lipidico (colesterolo totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi), funzione epatica;
- fundus oculi ogni 2 anni (più frequente in caso di retinopatia);
- ECG ogni anno;
- valutazione cardiologica (se indicata);
- pressione arteriosa ogni 3-4 mesi e se iperteso più frequentemente;
- visita almeno una volta l'anno il paziente ricercando (anche in collaborazione con gli specialisti) in particolare segni e sintomi di complicanze vascolari e neuropatiche (valutazione dei polsi, indice di Winsor, valutazione della sensibilità pressoria al monofilamento di 10 g e della sensibilità vibratoria mediante diapason sul dorso dell'alluce, aspetto del piede per ricerca di lesioni o ipercheratosi da disturbo del carico), comparsa di micosi, infezioni genitali, comparsa di disfunzione erettile, stato ormonale nelle donne (menopausa in particolare);
- misurazione della circonferenza vita e peso (semestrale);
- counselling antitabagico;
- rivalutazione della terapia e degli obiettivi terapeutici.

Il MMG invierà nuovamente il paziente presso il Servizio di Diabetologia nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di cura nonostante un potenziamento della terapia (vedi appendice 1), comparsa o evoluzione di complicanze micro/macrovascolari dovute al diabete, necessità di rinforzo educazionale - **flow-chart punto(5):**

3) Accesso al Servizio specialistico ospedaliero o territoriale - Servizio di Diabetologia/ambulatorio specialistico - flow-chart punto(6):

Vengono distinte 3 classi di priorità per ognuna delle quali vengono individuati adeguati tempi di attesa:

A) Urgente

- iperchetonemia o chetoacidosi diabetica;
- nuova diagnosi di diabete tipo 1;
- iperglicemia severa con iperosmolarità (glicemie persistentemente >300 mg/dl);

- gravi e ripetute ipoglicemie;
- infezioni dei tessuti molli (piede).

B) Breve (tempi di attesa massimo 10 giorni)

- diabete prima diagnosi tipo 2 con caratteristiche di scompenso (importante calo ponderale, poliuria, polidipsia, glicosuria);
- diabete tipo 2 in scompenso nonostante il potenziamento della terapia (importante calo ponderale, poliuria, polidipsia, glicosuria);
- comparsa di complicanze micro/macrovascolari dovute al diabete che rendono necessaria la prescrizione della terapia insulinica;
- dopo un ricovero ospedaliero con prescrizione di terapia insulinica o con modifica della terapia ipoglicemizzante nell'ambito del controllo alla dimissione in regime di post-ricovero;
- pazienti a cui è stata prescritta terapia con farmaci iperglicemizzanti e che abbiano presentato un incremento dei valori glicemici tale da rendere necessaria la prescrizione di terapia insulinica;
- diabete gestazionale (si veda PDTA regionale "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale").

C) Differita (tempi di attesa massimo 30-45 giorni)

- diabete tipo 2 di nuova diagnosi (limitato alla fase transitoria di avvio del progetto);
- diabete tipo 2 che non ha raggiunto gli obiettivi di cura nonostante il potenziamento della terapia ma senza segni clinici di scompenso;
- comparsa di complicanze micro/macrovascolari dovute al diabete o complicanze croniche in fase evolutiva.

RESPONSABILITA'

Medico di medicina generale:

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti;
- diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti;
- identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale;
- presa in carico, in collaborazione con le Strutture diabetologiche per l'assistenza alle persone con diabete mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato;
- valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- effettuazione, in collaborazione con la Struttura diabetologica per l'assistenza alle persone con diabete mellito, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;
- monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato;
- organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete;
- raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con le Strutture di riferimento per l'assistenza alle persone con diabete mellito mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

Servizi specialistici ospedalieri o territoriali (Servizio di Diabetologia/ambulatorio di diabetologia):

- Definizione diagnostica del diabete di nuovo riscontro e inquadramento terapeutico con formulazione del piano di cura personalizzato e condiviso con i MMG. Il piano di cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita;
- presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete;
- gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale, diabete tipo 1;
- impostazione della terapia medica nutrizionale;
- effettuazione dell'educazione terapeutica e, in collaborazione con i MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;
- valutazione periodica, secondo il piano di cura personalizzato adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico;
- attività di aggiornamento rivolta ai MMG in campo diabetologico.

INDICATORI E MONITORAGGIO

Indicatori di prevalenza/incidenza

- Diabete di tipo 1 (popolazione under 18)
- Diabete tipo 2 noto
- Diabete gestazionale
- Nuovi casi di diabete/anno

- % diabetici con registrazione abitudine fumo/totale diabetici
- % diabetici fumatori ai quali è stato effettuato un advice/totale diabetici fumatori
- % diabetici con registrazione BMI/totale diabetici
- % diabetici con almeno una determinazione rischio cardio-vascolare/totale diabetici

Indicatori di processo

- % diabetici con almeno una registrazione negli ultimi 6 mesi di una Hb glicata/totale diabetici
- % diabetici con una registrazione negli ultimi 12 mesi di una microalbuminuria/totale diabetici
- % diabetici con una registrazione negli ultimi 12 mesi di una creatinina/totale diabetici
- % diabetici con una registrazione negli ultimi 12 mesi di un colesterolo LDL/totale diabetici
- % diabetici con una registrazione negli ultimi 24 mesi di un fundus oculi/totale diabetici
- % diabetici con una registrazione negli ultimi 24 mesi di un ECG/totale diabetici
- % diabetici monitorati per il piede/totale diabetici

Indicatori di esito intermedio

- % diabetici con ultimo valore registrato di colesterolo LDL<100 mg/dl/totale diabetici
- % diabetici con ultimo valore registrato di Hb glicata a target per l'obiettivo glicemico stabilito dal piano di cura/totale diabetici
- % diabetici con almeno una registrazione negli ultimi 12 mesi di PA<140-80/totale diabetici
- % diabetici vaccinati per l'influenza nell'anno in corso/totale diabetici

<u>Indicatori di intensità/appropriatezza</u>

- % diabetici con Hb glicata>9%/totale diabetici
- % diabetici con Hb glicata>9% non in trattamento insulinico/totale diabetici
- % diabetici con Hb glicata>9% nonostante il trattamento insulinico/totale diabetici in trattamento insulinico
- % diabetici trattati con farmaci antipertensivi/totale diabetici ipertesi
- % diabetici trattati con ipolipemizzanti/totale diabetici dislipidemici
- % diabetici non trattati con statine nonostante valori di LDL-C>130 mg/dl/totale diabetici dislipidemici
- % diabetici con valori di LDL-C>130 mg/dl nonostante il trattamento con statine/totale diabetici dislipidemici in trattamento con statine

<u>Indicatori di esito finale</u>

- % diabetici con retinopatia diabetica/totale diabetici monitorati per retinopatia
- % diabetici con cecità/totale diabetici
- % diabetici con retinopatia/totale diabetici
- % diabetici con nefropatia diabetica/totale diabetici monitorati per nefropatia diabetica
- % diabetici in dialisi/totale diabetici
- % diabetici con ulcera acuta del piede/totale diabetici
- % diabetici con amputazione minore/totale diabetici
- % diabetici con amputazione maggiore/totale diabetici
- % diabetici con infarto del miocardio/totale diabetici
- % diabetici con ictus ischemico/totale diabetici

RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

Il riferimento è rappresentato dagli Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2014 (www.standarditaliani.it).

SVILUPPI DELLA GESTIONE INTEGRATA DIABETE TIPO 2

Studi consolidati dimostrano l'efficacia della gestione integrata fra medicina generale e servizi specialistici nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici. È pertanto indispensabile, da una parte, formulare piani di gestione integrata tra i centri di diabetologia e la medicina territoriale e dall'altra avviare la realizzazione di modelli per la cura delle malattie croniche che prevedono la costituzione di cure primarie, la predisposizione di registri di malattia, la chiamata attiva per il monitoraggio, l'adozione di linee guida, la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure attraverso l'audit clinico. Questo modello può essere applicato nella gestione territoriale del paziente con diabete mellito di tipo 2, come riconosciuto negli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito.

Nel programma di gestione integrata devono necessariamente trovare applicazione i seguenti elementi fondamentali:

1. Formazione degli operatori sulla gestione del paziente diabetico:
Organizzazione di corsi di formazione a livello distrettuale/aziendale sulla gestione integrata del paziente diabetico rivolti a MMG, infermieri dei distretti, dietisti. Ogni azienda programmerà annualmente nella propria offerta formativa eventi accreditati ECM sul tema. Il programma regionale di formazione dei MMG organizzato dal Ceformed conterrà una parte formativa da gestire in ogni distretto per la trattazione della gestione del paziente diabetico.

2. Avvio delle attività di audit clinico da parte dei MMG:
Le Aziende Sanitarie inviano annualmente, con eventuali aggiornamenti, a ciascun MMG, nel rispetto della legge sulla privacy, la lista dei pazienti affetti da diabete che lo stesso ha in carico, al fine di favorire una medicina di iniziativa. Le stesse Aziende con cadenza periodica trasmettono i report degli indicatori di performance del diabete tratti dal sistema informativo regionale. Su tali dati i MMG, le UDMG ed i team diabetologici organizzano dei tavoli di audit clinico a livello distrettuale, di equipe territoriali o di associazioni per valutare la performance individuale/gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.

3. Avvio attività dei team assistenziali per la gestione pro-attiva della malattia diabetica.
Livelli assistenziali in relazione al livello di rischio:
   - Livello 1 – diabete mellito tipo 2 a basso rischio di complicanze (paziente a target per gli obiettivi di cura, senza complicanze, educati all'autogestione della malattia).
   <u>Interventi</u>: promozione stili di vita, autogestione della malattia.
   - Livello 2 – diabete mellito con alto rischio di complicanze (pazienti non a target per gli obiettivi di cura, non in grado di provvedere all'autogestione della malattia diabetica, lunga durata di malattia >10 anni).
   <u>Interventi</u>: gestione pro-attiva del caso.
   - Livello 3- diabete mellito tipo 2 complicato ad alta complessità (paziente pluricomplicato con frequenti ipo/iperglicemie, anziano fragile).
   <u>Interventi</u>: gestione intensiva, continua e personalizzata.

Vengono attivati in ogni distretto uno o più team di cure primarie per la gestione pro-attiva delle malattie croniche. Il team per la gestione integrata del paziente diabetico tipo 2 è composto da: MMG, infermieri di

distretto/comunità, dietisti, team diabetologici, specialisti ambulatoriali. La gestione pro-attiva si avvale dei seguenti strumenti:

- ambulatorio dedicato (medico medicina generale, infermiere, dietista);
- registro pazienti diabetici;
- chiamata attiva;
- controlli secondo un programma prefissato;
- percorsi diagnostico-terapeutici definiti;
- adesione a linee guida (es. Standard Italiani per la cura del diabete);
- informatizzazione dell'archivio assistiti e della gestione del programma;
- sistemi informativi: collegamento rete SISSR.

4. Supporto all'autocura

Nell'ambito del supporto all'autocura ed alla promozione di corretti stili di vita un ruolo importante può essere svolto dall'infermiere dei team diabetologici, dall'infermiere di comunità o di distretto e dal dietista attraverso un lavoro sui singoli o sui gruppi omogenei per livelli di rischio in stretto contatto con il team assistenziale. Vanno definiti i programmi di educazione formale ed informale dei pazienti.

5. Sviluppo dei sistemi informativi

Il MMG utilizza i sistemi informativi per la gestione dell'archivio assistiti, per la gestione pro-attiva del paziente, per la registrazione ed analisi dei dati di performance e per il collegamento alle basi dati del SISSR. Le strutture/ambulatori di diabetologia utilizzano il sistema informatico diabetologico già in uso nella gran parte delle diabetologie regionali che dovrà essere collegato alle basi dati del SISSR.

APPENDICE 1 : OBIETTIVI DI CURA NELLA PERSONA CON DIABETE (FLOW-CHART PUNTO 7)

1. OBIETTIVI GLICEMICI NEGLI ADULTI CON DIABETE

- Il trattamento del diabete deve essere tempestivamente adattato in ogni paziente fino a ottenere valori di HbA1c stabilmente inferiori a 53 mmol/mol (7,0%) (Tabella 1), valori che consentono di prevenire l'incidenza e la progressione delle complicanze microvascolari.
  (Livello della prova I, Forza della raccomandazione B)

- Obiettivi glicemici più stringenti (HbA1c≤48 mmol/mol [≤6,5%]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti di nuova diagnosi o con diabete di durata inferiore a 10 anni, senza precedenti di malattie cardiovascolari, abitualmente in discreto compenso glicemico e senza co-morbosità che li rendano particolarmente fragili.
  (Livello della prova III, Forza della raccomandazione C)

- Obiettivi di compenso glicemico meno stringenti (HbA1c≤64 mmol/mol [≤8,0%]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti con diabete di lunga durata (>10 anni) soprattutto con precedenti di malattie cardiovascolari o una lunga storia di inadeguato compenso glicemico o fragili per età e/o co-morbosità. L'approccio terapeutico deve essere tale da prevenire le ipoglicemie.
  (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B) (ADA 2014)

Tabella 1. Obiettivi glicemici in diabetici adulti tipo 1 e 2

HbA_{1c} <53 mmol/mol (<7,0%)* (≤48 mmol/mol [≤6,5%] in singoli pazienti)
Glicemia a digiuno e pre-prandiale 70-130 mg/dl
Glicemia post-prandiale§ <160 mg/dl§

* Facendo riferimento ai valori di 20-42 mmol/mol (4,0-6,0%) della popolazione non diabetica, con il metodo utilizzato dal DCCT.

§ La misurazione della glicemia post-prandiale deve essere effettuata tra 1 e 2 ore dopo l'inizio del pasto (IDF 2011).

2. OBIETTIVI PRESSORI NELLE PERSONE CON DIABETE

- Il trattamento antipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione sistolica<140 mmHg.
  (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

- Il trattamento antipertensivo in alcune categorie di pazienti (recente diagnosi di ipertensione, giovani, elevato rischio di ictus) ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione sistolica <130 mmHg.
  (Livello della prova IV, Forza della raccomandazione C)

- Il trattamento antipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione diastolica <90 mmHg.
  (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

- Un obiettivo pressorio <130/80 mmHg è raccomandato nei soggetti diabetici con micro- e macroalbuminuria.
  (Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

- Nelle donne diabetiche ipertese durante la gravidanza sono indicati obiettivi pressori <150/90 mmHg, in assenza di danno d'organo, <140/90 mmHg se vi è danno d'organo.
  (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

3. OBIETTIVI LIPIDICI NELLE PERSONE CON DIABETE

- Il colesterolo LDL è l'obiettivo primario della terapia e il target raccomandato è <100 mg/dl.
  (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

- Nei diabetici con malattia cardiovascolare e/o multipli fattori di rischio cardiovascolare non correggibili, valori di colesterolo LDL <70 mg/dl possono rappresentare un obiettivo terapeutico opzionale.
  (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

- Ulteriore obiettivi della terapia sono il raggiungimento di valori di trigliceridi <150 mg/dl e di colesterolo HDL >40 mg/dl nell'uomo e >50 mg/dl nella donna.
  (Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

- Il colesterolo non HDL può essere utilizzato come obiettivo secondario (30 mg in più rispetto ai valori di colesterolo LDL) in particolare nei diabetici con trigliceridemia superiore a 200 mg/dl.
  (Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

- Anche i valori di apoB (<90 mg/dl o 80 mg/dl nei pazienti a rischio molto elevato) possono essere utilizzati come obiettivo secondario in particolare nei pazienti con trigliceridemia >200 mg/dl tenendo, però, presente che ci sono dei costi aggiuntivi e che le metodiche di dosaggio non sono ancora uniformemente standardizzate.
  (Livello della prova III, Forza della raccomandazione C)

4. OBIETTIVI TERAPEUTICI NELLE PERSONE ANZIANE CON DIABETE

- Nei diabetici anziani gli obiettivi glicemici dovrebbero essere individualizzati. Gli obiettivi di emoglobina glicata potranno essere ambiziosi (<7%-7,5%; 53-58 mmol/mol) per pazienti autosufficienti, in condizioni generali buone.
  (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

- Negli anziani fragili (con complicanze, affetti da demenza, con pluripatologie, nei quali il rischio di ipoglicemia è alto e nei quali i rischi di un controllo glicemico intensivo superino i benefici attesi) è appropriato un obiettivo meno restrittivo (<8,0-8,5%; 64-69 mmol/mol).
  (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

- Gli obiettivi metabolici vanno perseguiti in sicurezza, evitando o cercando di ridurre al minimo il rischio di ipoglicemia. Non è raccomandato il perseguimento di una glicemia a digiuno <108 mg/dl e si sconsiglia di iniziare un trattamento ipoglicemizzante se la glicemia a digiuno non è stabilmente >126 mg/dl.
  (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

- Nei diabetici anziani con dislipidemia è necessario correggere le anomalie del quadro lipidico, compatibilmente con una valutazione complessiva dello stato di salute del paziente. Il trattamento dovrà essere attentamente ponderato in prevenzione primaria nell'evenienza di pazienti con età > 75 anni, non autosufficienti, in scadenti condizioni generali e con multiple comorbidità.
  (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

- Nella popolazione anziana diabetica si raccomandano valori di colesterolo LDL <100 mg/dl.
  (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

- Un ulteriore abbassamento dei valori (<70 mg/dl di colesterolo LDL) deve essere preso in considerazione per anziani con severa malattia cardiovascolare in atto (pregresso IMA, pregresso ictus oppure importante vasculopatia).
  (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

- Nella popolazione anziana diabetica l'obiettivo pressorio deve prevedere il raggiungimento di valori <150/90 mmHg
  (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

- Un ulteriore abbassamento dei valori pressori (<140/mmHg di sistolica e <80 mmHg di diastolica) può essere preso in considerazione per anziani di età inferiore a 80 anni, in buone condizioni, se il trattamento è tollerato.
  (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

- Non è raccomandabile una riduzione inferiore a 70 mmHg di pressione diastolica, soprattutto nei pazienti con VFG <60 ml/min.
  (Livello della prova IV, Forza della raccomandazione A)

Il riferimento per gli obiettivi di cura sopra riportati è rappresentato dagli Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2014 (www.standarditaliani.it).

Flow-chart Gestione Integrata DMT2
Medico di Medicina Generale
Struttura specialistica diabetologica
Altri specialisti (oculisti, cardiologi, nefrologi, neurologi, chirurghi)
Iperglicemia
Indagini
Diabete mellito
SI
Indagini inquadramento diagnostico (2) Esenzione ticket (2)
NO
Valutazione rischio (OGTT)
IFG/IGT
NO
Stop
SI
Follow-up (1)
SI
Problemi (5)
NO
Follow-up gestione integrata (4)
Valutazione periodica programmata
Prima valutazione emergenza acuta metabolica e non: Definizione diagnostica Inquadramento terapeutico iniziale (2,3,6)
Complicanze
SI
NO
Educazione terapeutica strutturata
Rivalutazione
NO
Qualificato per Autogestione?
SI
Redazione piano di cura condiviso e personalizzato con obiettivi terapeutici (7)
Gestione integrata in accordo con MMG
Definizione diagnostica e trattamento complicanze
SI
Stadiazione e/o trattamento di complicanze in fase evolutiva
NO

ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE DI TIPO 1

DEFINIZIONE

Diabete tipo 1: è causato da distruzione beta-cellulare, su base autoimmune o idiopatica, ed è caratterizzato da una carenza insulinica assoluta (la variante LADA, Latent Autoimmune Diabetes in Adults, ha decorso lento e compare nell'adulto).

Tabella 2. **Caratteristiche cliniche differenziali del diabete tipo 1 e tipo 2**

	TIPO 1	TIPO 2
Prevalenza	Circa 0,3%	Circa 6,8%
Sintomatologia (poliuria, polidipsia, calo ponderale)	Sempre presente Spesso eclatante e a inizio brusco	Spesso modesta o assente
Tendenza alla chetosi	Presente	Assente
Peso	Generalmente normale	Generalmente in eccesso
Età all'esordio	Più comunemente <30 anni	Più comunemente >40 anni
Comparsa di complicanze croniche	Non prima di alcuni anni dopo la diagnosi (circa 5 anni)	Spesso presenti al momento della diagnosi
Insulina circolante	Ridotta o assente	Normale o aumentata
Autoimmunità	Presente (anticorpi anti IAA, GADA, ICA, IA-2)	Assente
Terapia	Insulina necessaria sin dall'esordio	Dieta, farmaci orali, analoghi GLP-1, insulina

DIAGNOSI

Il quadro clinico è spesso sufficiente per la definizione diagnostica (si veda Tabella 1), tuttavia per la diagnosi di conferma può essere necessaria la determinazione dei marcatori di autoimmunità (anticorpi anti IAA, GADA, ICA, IA-2) e la valutazione della secrezione beta-cellulare (dosaggio C-peptide).

VALUTAZIONE DEL CONTROLLO GLICEMICO

La valutazione dell'HbA1c deve essere effettuata non meno di 2 volte all'anno in ogni paziente diabetico; 4 volte all'anno (ogni 3 mesi) nei pazienti con compenso precario o instabile o nei quali sia stata modificata la terapia.

L'autocontrollo quotidiano della glicemia è indispensabile per i pazienti di tipo 1:

a) di regola 4-5 controlli/die;
b) per i pazienti in terapia con microinfusore, per le pazienti con diabete pregestazionale in gravidanza e per i soggetti con età inferiore a 18 anni sono suggeriti 6-8 controlli/die;
c) per i pazienti che iniziano il trattamento insulinico possono essere utili un numero maggiore di controlli (6-7/die) per il primo trimestre;
d) numero illimitato in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione dell'evento.

OBIETTIVI GLICEMICI

- Il trattamento del diabete deve essere tempestivamente adattato in ogni paziente fino a ottenere valori di HbA1c stabilmente inferiori a 53 mmol/mol (7,0%), valori che consentono di prevenire l'incidenza e la progressione delle complicanze micro- e macro-vascolari;

- obiettivi glicemici più stringenti (HbA1c ≤48 mmol/mol [≤6,5%]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti di nuova diagnosi o con diabete di durata (<10 anni), senza precedenti di malattie cardiovascolari, abitualmente in discreto compenso glicemico e senza comorbidità;

- obiettivi di compenso glicemico meno stringenti dovrebbero essere perseguiti in pazienti con diabete di lunga durata (>10 anni) soprattutto con una lunga storia di inadeguato compenso glicemico e complicanze;

- si consiglia l'utilizzo di algoritmi di autogestione della terapia insulinica in quanto facilitano il raggiungimento degli obiettivi glicemici;

- il rischio di ipoglicemie deve essere considerato nella valutazione del target glicemico ottimale per il paziente.

INTERVENTI NUTRIZIONALI E TERAPEUTICI

Terapia Medica Nutrizionale

- Nelle persone con diabete tipo 1 la terapia insulinica deve essere integrata in un programma nutrizionale e di attività fisica individuale condiviso con il team diabetologico che deve comprendere anche un dietista;

- i pazienti trattati con analoghi ad azione rapida dell'insulina o con microinfusori devono modificare i boli di insulina preprandiali sulla base dei carboidrati contenuti nei pasti e sulla base della glicemia rilevata prima del pasto. Il counting dei carboidrati si conferma nel contesto della terapia medica nutrizionale, componente essenziale, e identifica la strategia più efficace per il controllo glicemico nel paziente diabetico in trattamento insulinico intensivo;

- nei pazienti trattati con dosi costanti di insulina l'introduzione dei carboidrati con i pasti deve essere mantenuta costante nelle quantità e nei tempi;

- in corso di esercizio fisico programmato, si raccomanda l'aggiustamento della terapia insulinica. Qualora invece l'esercizio fisico non sia programmato, è opportuno prevedere l'introduzione di supplementi glicidici.

Terapia Farmacologica

- Perseguire lo stretto controllo della glicemia al fine di ridurre il rischio di complicanze croniche;

- lo schema di terapia raccomandato è il basal-bolus, con analoghi a breve durata d'azione e analoghi a lunga durata d'azione;

- la prescrizione di algoritmi di autogestione della terapia insulinica può facilitare il raggiungimento degli obiettivi glicemici;

- in presenza di valori di HbA1c superiori all'obiettivo glicemico è necessario mettere tempestivamente in atto le opportune variazioni della terapia finalizzate a raggiungere rapidamente e mantenere nel tempo il buon controllo glicemico;

- tenere in considerazione la possibile scarsa adesione alla terapia prescritta;

- in soggetti selezionati che, malgrado un regime basal-bolus ottimale, presentino scarso controllo glicemico e/o ipoglicemie ricorrenti, può essere considerata l'indicazione all'uso del microinfusore da parte di un team esperto nel suo utilizzo;

- una corretta tecnica di iniezione è essenziale per garantire un'ottimale azione dell'insulina e degli altri farmaci iniettabili – per la cura del diabete. La corretta tecnica iniettiva prevede la scelta dell'ago, la rotazione delle sedi di iniezione, la manipolazione e la conservazione dell'insulina, la procedura con cui si inserisce l'ago nella cute, la durata dell'iniezione con l'uso di penne, la manipolazione della cute prima e dopo l'iniezione.

SCREENING DELLE COMPLICANZE

- E' consigliabile che sia effettuato annualmente in tutte le persone con diabete a partire dalla diagnosi della malattia uno screening delle complicanze macrovascolari;

- i pazienti con diabete tipo 1 dovrebbero avere una prima valutazione del fundus oculi in dilatazione, eseguita da un oculista o da un operatore addestrato, alla diagnosi, dopo 5 anni dalla diagnosi del diabete o alla pubertà;

- lo screening della nefropatia diabetica (l'escrezione renale di albumina) deve essere eseguito nei diabetici tipo 1 con durata del diabete >5 anni;

- lo screening della neuropatia deve essere eseguito in tutti i diabetici tipo 1 dopo 5 anni di durata della malattia;

- eseguire annualmente lo screening delle complicanze microvascolari nei diabetici tipo 1 con durata del diabete > 5 anni;

- nei diabetici tipo 1 la disfunzione erettile va ricercata in presenza di una lunga durata di malattia (>10 anni) o di complicanze croniche, in particolare neuropatia e vasculopatia;

- tutti i pazienti con diabete tipo 1 devono essere sottoposti ad un esame completo del piede almeno una volta all'anno. Nei pazienti a elevato rischio l'ispezione dei piedi deve essere effettuata a ogni visita.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DIABETE TIPO 1

- Tutti i soggetti con diabete mellito tipo 1 devono essere seguiti e presi in carico da un team diabetologico multidisciplinare fin dal momento della diagnosi;

- il paziente è inviato alla struttura diabetologica per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica, l'educazione strutturata alla gestione della malattia e la presa in carico;

- il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica in base al raggiungimento degli obiettivi glicemici ed alla presenza di complicanze, mediamente non meno di 2 volte all'anno e 4 volte all'anno (ogni 3 mesi) o più frequentemente se l'obiettivo terapeutico non è raggiunto, se è presente instabilità metabolica, in presenza di complicanze croniche in fase evolutiva, in caso di trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina e nel diabete in gravidanza;

- Il paziente accede, inoltre, alla struttura diabetologica per visite non programmate e/o urgenti se:
  - presenza di una malattia intercorrente al fine di riesaminare la terapia farmacologica per adeguarla alle concomitanti alterazioni della glicemia o al diverso profilo di rischio indotto dalla malattia in atto;
  - grave instabilità metabolica con frequenti iperglicemie (glicemia>250 mg/dl) o ipoglicemie (glicemia<70 mg/dl);
  - episodio di ipoglicemia grave;
  - iperchetonemia o cheto acidosi;
  - in caso di gravidanza;
  - evoluzione di una complicanza (es. emovitreo, ulcera al piede…);
  - altri quadri clinici ritenuti critici.

Il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta pone sospetto di diagnosi di diabete di tipo 1 ed invia prontamente il paziente al Servizio di Diabetologia per inquadramento diagnostico e terapeutico.
Quindi, in collaborazione con il Servizio di Diabetologia, rinforza gli interventi sul paziente per una migliore adesione alla terapie e agli stili di vita corretti. In particolare:

- valuta l'eventuale insorgenza di co-morbosità, definendo, sempre in collaborazione con il Servizio di Diabetologia, un corretto percorso diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato;

- segnala al struttura diabetologica l'eventuale insorgenza di eventi avversi legati alla terapia;

- affronta le malattie intercorrenti.

Il riferimento per l'assistenza integrata alla persona con diabete mellito tipo 1 è rappresentato dagli Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2014 (www.standarditaliani.it) e dalle Raccomandazioni AMD-SID-SIEDP-OSDI-SIBioc-SIMel per l'autocontrollo della glicemia nel paziente diabetico 2012 (www.siditalia.it/pubblicazioni/raccomandazioni.htm).

VISTO: IL PRESIDENTE: SERRACCHIANI
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

15_36_1_DGR_1676_4_ALL3

strumenti – ottobre 2014

Il diabete gestazionale

Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Documento a cura di:

Comitato regionale percorso nascita

Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Si ringrazia il dr. Salvatore Alberico per il supporto tecnico scientifico alla realizzazione del presente documento.

Il diabete gestazionale

Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale

strumenti – ottobre 2014

Sommario

Il diabete gestazionale

Definizione e prevalenza

Si intende per diabete mellito gestazionale (GDM) un'intolleranza al glucosio di entità variabile che inizia o viene diagnosticata per la prima volta in gravidanza e si risolve in genere non molto tempo dopo il parto. Questa definizione non esclude che in alcuni casi la malattia possa essere antecedente alla gestazione e che questa abbia costituito un'opportunità per giungere alla diagnosi.

Il GDM è la più frequente complicanza della gravidanza, presentandosi in una percentuale che va dal 2% al 14% a seconda degli studi (*National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical guideline 63; 2008 – Gilmartin A: Rev Ostet Gynecol 2008;1:129-134)*. La prevalenza è più alta in alcuni gruppi etnici ed è influenzata dai criteri diagnostici adottati.

Complicanze per donna, feto e neonato

IL GDM se non riconosciuto e trattato, può associarsi ad un'elevata morbilità della madre, del feto e del neonato. I rischi per donna e bambino sono riassunti nel Box 1.

BOX 1: RISCHI DEL DIABETE GESTAZIONALE PER MAMMA E BAMBINO

- **Macrosomia fetale**
- **Trauma ostetrico alla nascita per madre e neonato (es. distocia di spalla, lacerazioni perineali)**
- **Induzione del travaglio (*) o parto con taglio cesareo**
- **Transitoria morbilità del neonato (es. distress respiratorio, alterazioni metaboliche ecc)**
- **Ipoglicemia neonatale**
- **Morte perinatale**
- **Obesità e/o diabete che si sviluppano tardivamente nel bambino e poi nell'adulto**

Modificato da NICE clinical guideline 63 -2008

** L'induzione del travaglio, nella classificazione riportata da NICE, riveste un'accezione negativa, in quanto condizione che non si identifica nella piena fisiologia e naturalezza del parto. E' bene però puntualizzare che questa procedura medica acquista una indicazione positiva in alcuni casi di GDM per favorire una riduzione di alcuni outcomes negativi come il taglio cesareo, la macrosomia fetale, la distocia di spalla (Maso G, Alberico S:"GINEXMAL" BMC, Pregnancy and Childbirth 2011, 11:31).*

Il mantenimento di un buon controllo glicemico durante la gravidanza può ridurre la probabilità di comparsa di queste complicanze *(Crowther CA, N Eng J Med 2005; 352: 2477-86).*

In un numero significativo di casi (dal 15 al 50% a seconda degli studi), le gravide che manifestano questa patologia, sviluppano, specie se obese, un diabete di tipo 2 dopo il parto, in un periodo di tempo variabile di alcuni anni, *(Anderberg E: Acta ObstetGynecolScand. 2011; 90(11):1252-8).* L'associazione di uno stato ipertensivo e di un'eventuale obesità predispone una frazione di queste donne

alla manifestazione di una Sindrome Metabolica *(Akinci B: FertilSteril. 2010; 93(4):1248-54).*

Alla donna con diabete gestazionale deve essere garantito un follow-up anche dopo il parto per le seguenti motivazioni:

- possibilità che venga erroneamente classificato come GDM, un diabete di tipo 2 misconosciuto prima della gravidanza;
- probabilità aumentata di sviluppare un diabete tipo 2 a distanza dalla gravidanza.

Tutto ciò lascia intendere come l'identificazione di questa patologia svolga un ruolo di prevenzione non solo ai fini del buon outcome materno e feto-neonatale, ma anche ai fini della salute della donna sul medio-lungo termine dopo la gestazione.

Screening e diagnosi

Non vi è in letteratura consenso unanime sull'opportunità di avviare uno screening universale (*Crowther C: N Engl J Med. 2005; 352: 2477-86; Basev Vi: Diabetes Care 2011; 34 (Suppl.1):S11-S61*), ma vi sono prove sufficienti per supportare l'individuazione precoce di un'alterazione del metabolismo glucidico nella popolazione a rischio.

I fattori di rischio per diabete gestazionale sono rappresentati in particolare da una storia familiare di diabete, da un'anamnesi positiva per diabete gestazionale in una gravidanza precedente, da un indice di massa corporea (BMI) pregravidico aumentato e dall'appartenere a determinati gruppi etnici come ispanici, africani d'America, nativi americani, e asiatici.

I criteri diagnostici sono stati a lungo oggetto di controversia, vista l'incertezza sulle conseguenze di diversi livelli di glicemia materna nei confronti degli esiti sfavorevoli per feto e neonato. Nel 2010 l'International Association of the Diabetes in Pregnancy Study Group (IADPSG) (*Diabetes Care 2010; 33:676-82)*

dopo l'analisi di un esteso studio *(HAPO study N Engl J Med 2008; 358:1991-2002)* ha raccomandato nuovi criteri diagnostici per lo screening riassunti nel Box 5. E' sufficiente che un solo valore glicemico superi la soglia fissata per porre diagnosi di GDM.

L'adozione di questi nuovi criteri ha determinato un significativo incremento della prevalenza del GDM, senza che vi sia evidenza scientifica che tale quota aggiuntiva di donne identificate tragga benefici dal trattamento. Per tale motivo l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) raccomanda, prima di modificare i criteri diagnostici, di condurre studi scientifici per valutare i costi/benefici di tali modificazioni *(ObstetricGynecol -PracticeBulletin 2013; 122:406-416).*

I criteri diagnostici raccomandati dell'IADPSG sono stati recepiti dal Gruppo di lavoro nazionale promosso dall'Istituto Superiore di Sanità e integrati in una versione aggiornata delle Linee Guida sulla Gravidanza Fisiologica del Sistema Nazionale per le Linee Guida, nell'aggiornamento del 2011.

Queste raccomandazioni, lungi dall'aver risolto l'annoso dibattito sulla modalità di esecuzione dello screening del GDM (universale o selettivo per condizione di rischio), hanno portato vari paesi (es. Stati Uniti, Scozia, Italia) ad individuare metodologie di screening diverse, finalizzate in modo particolare ad aumentare la detection rate della metodica nei confronti dei casi veri-positivi per GDM e ad incrementare l'efficacia dello screening con un miglior rapporto costo-beneficio.

Analisi del contesto regionale

A livello regionale esistono due valutazioni epidemiologiche del GDM in gravidanza, come di seguito sintetizzato:

1) Nel periodo 1 luglio 2007 – 31dicembre 2008 è stato condotto in Friuli Venezia Giulia uno studio di coorte su tutti i nati negli 11 Punti nascita regionali con l'obiettivo di valutare il "10 Groups classification system" quale strumento per rendere confrontabili le misure di esito (taglio cesareo) tra i diversi punti

nascita regionali. *(Maso G, Alberico S: Biomed Res Int. 2013, Jun 25*). Lo studio ha permesso tra l'altro, tramite registrazione prospettica di alcuni parametri clinici, di stimare la prevalenza del GDM e del diabete pregravidico su 15255 gravidanze esitate in parto, risultata rispettivamente del 2,6% e dello 0,3%.

La pre-eclampsia ha complicato la gravidanza nell'1,9% delle donne senza diabete e nel 2,9% di quelle con GDM, mentre il poliidramnios è presente rispettivamente nello 0,1% e nello 0,2%.

Il ricorso al taglio cesareo interessa il 23,8 % delle donne senza diabete e il 33,2% di quelle con GDM

Per quanto attiene al neonato, un peso superiore ai 4500 grammi si è registrato rispettivamente nello 0,7% e nel 2%. Viene ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale il 5,11% dei nati da madri senza diabete, il 2,7% di quelli nati da madri con GDM.

2) Ulteriori dati raccolti presso le strutture diabetologiche regionali hanno rilevato come nella popolazione seguita nella Provincia di Pordenone la prevalenza del GDM, diagnosticato secondo le nuove raccomandazioni delle Linee Guida nazionali sulla Gravidanza fisiologica, sia intorno al 18,8% rispetto al 7,5% rilevato con il precedente iter diagnostico a due step. La macrosomia fetale (peso superiore ai 4000 grammi) si è registrata nell'11,7% dei casi (*Zanette G et al, Atti del XIX Congresso Nazionale AMD 2013*). Dati analoghi sono stati riportati in un popolazione afferente all'Ambulatorio Diabetologico dell'Ospedale di San Daniele *(Bordin P et al, Atti del Congresso Regionale di Diabtelogia SID-AMD 2011*).

Normativa di riferimento

- Legge 16 marzo 1978 n. 115 recante “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”.

- Linee Guida 20 “Gravidanza fisiologica”Sistema nazionale per le linee guida. Aggiornamento 2011.

- DGR 29 novembre 2004, n. 3235 “Progetto obiettivo materno-infantile e dell’età evolutiva”.

- Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010 sul Piano nazionale di prevenzione 2010-2012. Rep. Atti 63/CSR.

- Accordo ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n 281, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante“Piano per la malattia diabetica”. (Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012).

Obiettivi

In linea con le indicazioni del Piano nazionale diabete di cui all’Accordo Stato regioni 6 dicembre 2012, il presente documento implementa le Linee Guida nazionali sulla Gravidanza fisiologica, per quanto riguarda lo screening del diabete gestazionale – aggiornamento 2011 e si pone i seguenti obiettivi:

Obiettivi generali:

- Raggiungere, nelle donne che sviluppano un diabete gestazionale, outcomes materni e feto-neonatali equivalenti a quelli di donne non diabetiche.

- Assicurare a tutte le donne con diabete gestazionale residenti in Friuli Venezia Giulia un percorso assistenziale omogeneo che preveda l’interazione tra le diverse figure professionali coinvolte nel piano di cure (ginecologi, diabetologi, ostetriche, infermieri, dietisti, pediatri neonatologi, medici di medicina generale).

Le indicazioni contenute nel presente documento andranno implementate nelle diverse Aziende regionali che predisporranno procedure scritte modulate sulla base delle realtà organizzative locali.

Obiettivi specifici:

- Avviare un monitoraggio del diabete in gravidanza a livello regionale;
- promuovere una sensibilizzazione sulla malattia diabetica in gravidanza, sui possibili rischi e sulla prevenzione delle complicanze;
- valutare l'efficacia del metodo di screening proposto;
- garantire a tutte le donne a rischio una diagnosi precoce di diabete gestazionale;
- migliorare l'accessibilità ai servizi di donne con diabete in gravidanza, anche prevedendo percorsi facilitati;
- favorire l'adozione di protocolli omogenei a livello regionale per il monitoraggio delle possibili complicanze nei nati da madre con diabete in gravidanza;
- garantire alle donne con diabete gestazionale un follow-up dopo il parto, anche attraverso il coinvolgimento dei MMG;
- implementare a livello regionale strumenti per il monitoraggio degli outcome materni e feto-neonatali.

Percorso diagnostico– lo screening del diabete gestazionale

A CHI

⇨ A **tutte** le donne in gravidanza va offerta la determinazione della glicemia plasmatica (vedi Box 2).

⇨ Alle donne in gravidanza con **presenza di almeno uno dei fattori di rischio definito** (Box 3 e 4), viene offerto lo screening per GDM.

QUANDO

⇨**Al primo controllo in gravidanza**: glicemia plasmatica (vedi Box 2) e identificazione dei fattori di rischio per GDM (Box 3).

BOX 2: DIAGNOSI DI DIABETE MISCONOSCIUTO PRE-ESISTENTE ALLA GRAVIDANZA *SE:

- **glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (≥ 7 mmol/l)**
- **glicemia plasmatica random ≥ 200mg/dl (> 11.1 mmol/L)**
- **oppure HbA1c standardizzata ≥ 6.5%, eseguita entro la 12° settimana**

⇨ **valori riconfermati in una seconda determinazione**

Tratto da Linee Guida Gravidanza fisiologica – SNLG-ISS 2011

** nella dizione anglosassone questa forma viene definita come **OvertDiabetes**, ad intendere una condizione di alterato metabolismo glucidico, presumibilmente già presente prima del concepimento.*

⇨**A 16-18 settimane d'età gestazionale:** curva carico orale di glucosio 75g in presenza di almeno uno dei fattori di rischio elencati nel Box 3:

BOX 3: FATTORI DI RISCHIO

- **Diabete gestazionale in una gravidanza precedente**
- **BMI (body mass index) pregravidico≥30 Kg/m^2**
- **Glicemia plasmatica a digiuno pregravidica o in gravidanza compresa tra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)**

Se la curva da carico di glucosio alla 16-18 settimane risulta normale deve essere offerta una ulteriore OGTT a 24-28 settimane di età gestazionale e, nel caso anche questa risulti normale, lo screening si arresta.

Tratto da Linee Guida Gravidanza fisiologica – SNLG-ISS 2011

⇨**A 24-28 settimane d'età gestazionale**: curva carico orale di glucosio 75 g in presenza di almeno uno dei fattori di rischio elencati nel Box 4:

BOX 4: FATTORI DI RISCHIO

- **Età ≥35 anni**
- **BMI (body mass index) pregravidico≥25 Kg/m^2**
- **Macrosomia fetale (peso ≥4,5 Kg) in una gravidanza precedente**
- **Diabete gestazionale in una gravidanza precedente**
- **Anamnesi familiare (parente di primo grado) positiva per diabete tipo 2**
- **Famiglia originaria di: Asia meridionale** (in particolare India, Pakistan, Bangladesh)**, Carabi** (popolazione di origine african**a), medio Oriente** (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto)

Tratto da Linee Guida Gravidanza fisiologica – SNLG-ISS 2011

COME

⇨ Il test utilizzato per lo screening è l'**"oral glucose tollerance test" (OGTT) 75 g*** *(*il test va eseguito al mattino, dopo almeno 8 h di digiuno diluendo 75g di soluzione di glucosio in 300 ml di acqua, rimanendo seduti per la durata del test).*

⇨ Non vi sono evidenze scientifiche che autorizzino ad utilizzare altri test diagnostici quali la glicemia plasmatica a digiuno, glicemia random, Glucose challange test (GCT) o minicurva, glicosuria o l'OGTT 100 g, l'emoglobina glicata.

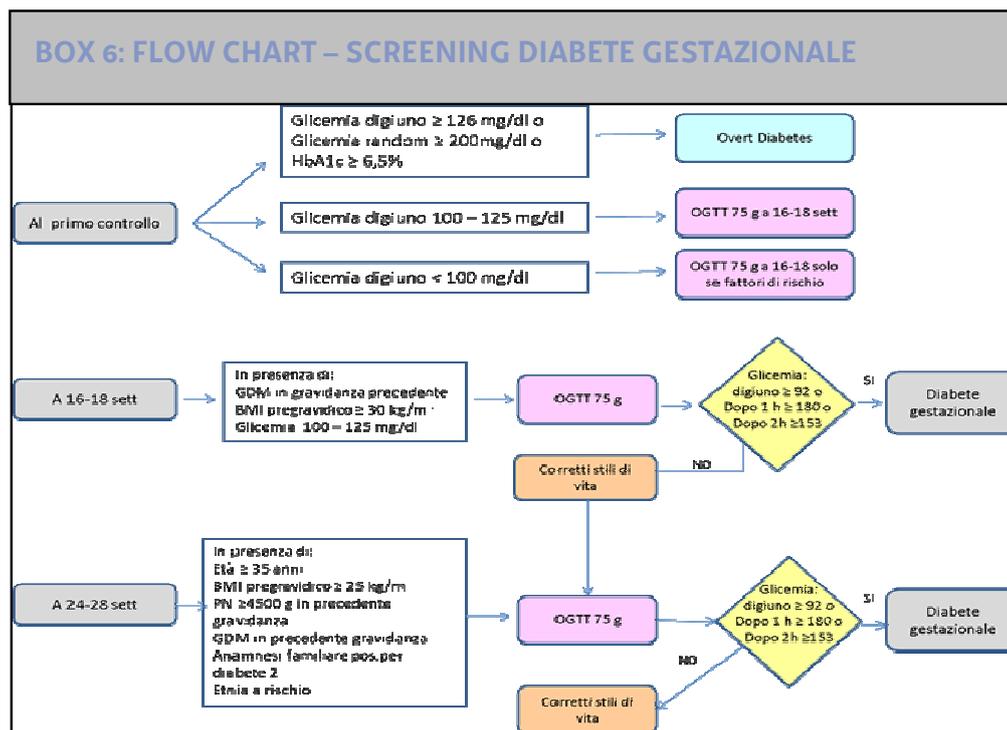
QUALI CRITERI

⇨ La **diagnosi di GDM** viene formalizzata in presenza di almeno un parametro alterato all'OGTT 75 g secondo quanto riportato nel Box 5.

BOX 5: CRITERI PER DIAGNOSI DI GDM CON OGTT 75g		
glicemia	**mg/dl**	**mmol/l**
Digiuno	≥ 92	≥ 5,1
Dopo 1 ora	≥ 180	≥ 10
Dopo 2 ore	≥ 153	≥ 8.5

Tratto da Linee Guida Gravidanza fisiologica – SNLG-ISS 2011

QUALI MODALITÀ

⇨ La flow-chart, evidenziata nel Box 6, riassume **l'iter diagnostico** delle donne a cui viene offerto lo screening per diabete gestazionale.

Le raccomandazioni del box precedente sono frutto del dibattito in atto a livello internazionale sull'opportunità o meno di attuare uno screening universale seguendo i criteri suggeriti dal IADPSG o viceversa attenersi ad un criterio selettivo per gruppi di pazienti a maggior rischio di sviluppare GDM, va citato un importante documento, prodotto recentemente sotto forma di raccomandazione dal WHO (*Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia first detected in Pregnancy, Sept. 2013*) che sostanzialmente supporta le raccomandazioni contenute in questo documento.

Percorso Assistenziale Integrato

L'assistenza alla donna con gravidanza complicata da diabete gestazionale è a cura di un team multiprofessionale (ginecologo, diabetologo, ostetrica, infermiere, dietista, pediatra, neonatologo, medico di medicina generale) che opera con un approccio integrato e coordinato, finalizzato a migliorare la qualità delle cure e facilitare l'accessibilità ai servizi. Le farmacie aperte al pubblico supportano il team diabetologico nella veicolazione delle informazioni relative alla gestione del GDM.

E' inoltre auspicabile la valutazione anche di altri bisogni di salute e del contesto sociale e culturale in base alle informazioni fornite dagli altri professionisti.

Verranno tra l'altro successivamente definite procedure e percorsi assistenziali che garantiscano la continuità delle cure e la contattabilità h 24 da parte di professionisti formati alla gestione delle eventuali problematiche intercorrenti prevedendo anche corsi ad hoc per ostetrici, ginecologi e diabetologi.

Alle donne in sovrappeso (BMI $\geq$ 25 Kg/m^2), indipendentemente dai valori glicemici, verranno fornite informazioni scritte su un'appropriata alimentazione in gravidanza e, in assenza di controindicazioni clinico-ostetriche, consigliata una moderata attività fisica aerobica (es. passeggiate, nuoto, bicicletta).

L'esercizio fisico è raccomandato sulla base di numerose evidenze e pareri di esperti disponibili in letteratura, anche se una recente revisione sistematica della Cochrane sul tema non ne supporta l'efficacia nel prevenire il GDM (*Han S, Cochrane Database Syst Rev.2012 Jul 11;7:CD009021).*

La gravidanza di una donna obesa (BMI $\geq$ 30 Kg/m^2), indipendentemente dai valori glicemici, va seguita nei Servizi per la gravidanza ad alto rischio in grado di offrire prestazioni adeguate.

Alla diagnosi

Alla diagnosi deve essere garantita alla paziente la presa in carico congiunta del team multiprofessionale secondo il Percorso Assistenziale Integrato.

Il team che segue la donna affronterà le seguenti tematiche:

1. *Informazioni*

I professionisti che seguono la donna forniranno le seguenti informazioni:

- efficacia della dieta e dell'attività fisica nel mantenere un adeguato controllo glicemico nel GDM, nella maggior parte dei casi;
- ruolo della terapia insulinica nei casi, peraltro limitati al 10-20%, in cui dieta e attività fisica non siano sufficienti;
- possibili rischi sulla salute materna e feto-neonatale derivanti dal mancato controllo del diabete, come riassunti nel Box 1;
- possibile necessità di dover incrementare gli interventi di monitoraggio e di cura durante tutto il percorso nascita, rispetto ad una gravidanza fisiologica;
- necessità di controlli nel neonato subito dopo la nascita;
- rischio aumentato di sviluppare un diabete di tipo 2, in particolare nei 5 anni dopo il parto;
- rischio per la prole di sviluppare tardivamente in età pediatrica o in età adulta obesità e diabete.

E' prevista la predisposizione di materiale informativo scritto.

2. *Automonitoraggio glicemico domiciliare*

Il team congiunto istruirà la donna sulla corretta autodeterminazione della glicemia e sulla tenuta di un diario glicemico, associato ad un diario alimentare.

Le verrà fornito il glucometro e prescritto il materiale per il monitoraggio della glicemia.

Le verranno date indicazioni su modalità e timing dei controlli glicemici, la cui frequenza è legata alla stabilità del compenso metabolico e al tipo di trattamento.

La glicemia postprandiale riveste un ruolo di primaria importanza e deve essere preferibilmente controllata dopo un'ora dall'inizio del pasto (*De Veciana M. et al. N. Eng.J.Med. 1995; 333:1237-1241*).

a) Donne in trattamento dietetico

Attualmente, non vi sono sufficienti evidenze scientifiche riguardo la frequenza ottimale dei controlli glicemici nelle donne con GDM.

Per le donne in trattamento dietetico, l'ACOG raccomanda 4 controlli al giorno effettuati a digiuno e ad 1 ora dopo ciascun pasto. Una volta raggiunto un buon controllo metabolico con la dieta, la frequenza può essere ridotta *(ObstetricGynecol - PracticeBulletin 2013; 122:406-416).*

Secondo le “Raccomandazioni per l’autocontrollo della glicemia nel paziente diabetico” *(Gruppo di lavoro intersocietario promosso da Società Italiana Diabetologia e Associazione Medici Diabetologi - 2012)*, la donna in trattamento dietetico in fase di compenso può effettuare 2 controlli al giorno (schemi semplificati a scacchiera). Di seguito un esempio di schema proposto:

	Mattina a digiuno	**1 ora dopo colazione**	**1 ora dopo pranzo**	**1 ora dopo cena**
Lunedì	X	X		
Martedì			X	X
Mercoledì	X	X		
Giovedì			X	X
Venerdì	X	X		
Sabato			X	X
Domenica	X	X		

b) Donne in trattamento insulinico

Il monitoraggio potrà prevedere un numero di controlli glicemici più numeroso nelle donne in terapia, dipendente dallo schema di terapia insulinica prescritto e potrà arrivare, in alcune particolari situazioni cliniche, fino ad uno schema a 7 punti/die per le donne in trattamento insulinico intensivo.

Di seguito un esempio di schema proposto nel suddetto Consenso intersocietario del 2012:

	Digiuno	Dopo colazione	Prima pranzo	Dopo pranzo	Prima cena	Dopo cena	Notte
Lunedì	X	X		X		X	
Martedì	X	X		X		X	
Mercoledì	X	X		X		X	
Giovedì	X	X		X		X	
Venerdì	X	X		X		X	
Sabato	X	X	X	X	X	X	X
Domenica	X	X		X		X	

La frequenza dei controlli glicemici andrà modulata sulla base della stabilità del controllo metabolico, sulla presenza di particolari situazioni cliniche quali patologie intercorrenti, ipoglicemia e modificazioni del trattamento ipoglicemizzante.

Il diario dei controlli glicemici e quello alimentare, a cura della donna, saranno sottoposti alla valutazione dei professionisti del team congiunto con periodicità personalizzata a seconda dell’evoluzione della gravidanza e delle condizioni cliniche della donna.

c) Target glicemici

Recenti segnalazioni, basate sia sui risultati dello Studio Hapo*(The HAPO Study Cooperative Research Group. N Engl J Med 2008;358:1991-2002)* che sul controllo intensivo su sangue capillare o sull'uso del monitoraggio continuo del glucosio hanno evidenziato come i valori glicemici nella gravidanza fisiologica siano notevolmente inferiori a quanto ritenuto precedentemente e come vi sia una correlazione tra i valori del picco glicemico post-prandiale e la crescita dei tessuti fetali insulino-sensibili *(Parretti E, - Mello: Diabetes Care 2001; 24:1319-23)*, tuttavia nella gestione clinica della donna con diabete gestazionale si fa riferimento agli obiettivi indicati dall'ADA e fatti propri dalle maggiori Società medico scientifiche nazionali e internazionale *(ACOG ObstetricGynecol - PracticeBulletin 2013; 122:406-416 2013, Standard di cura AMD-SID 2014).*

Target glicemici	
Glicemia	**Soglia (mg/dl)**
- a digiuno	< 95
-1 ora dopo i pasti	< 140
-2 ore dopo i pasti	< 120

Si raccomanda di non utilizzare routinariamente nel secondo e terzo trimestre di gravidanza il dosaggio dell'HbA1c per il controllo del compenso glicemico.

3. *Indicazioni dietetiche*

L'intervento dietetico verrà personalizzato in base alle esigenze nutrizionali, al BMI pregravidico e alle preferenze della donna. Un diario alimentare potrà essere d'ausilio alla valutazione dell'aderenza ai consigli nutrizionali e dell'influenza dell'alimentazione sulla riposta glicemica.

L'aumento ponderale in gravidanza suggerito è quello indicato dall'Institute of Medicine of the National Academies del maggio 2009, per specifiche classi di BMI materno pre-gravidico, riassunto nel Box 7.

BOX 7: AUMENTO PONDERALE IN GRAVIDANZA		
BMI pregravidico (kg/m2)	**Aumento di peso totale kg**	**Aumento peso nel 2° e 3° trimestre media (range) in Kg/sett.**
Sottopeso (< 18,5)	12,5-18	0,51 (0,44-0,58)
Normopeso (18,5-24,9)	11,5-16	0,42 (0,35-0,50)
Sovrappeso (25-29,9)	7-11,5	0,28 (0,23-0,33)
Obesità (≥30)	5,9	0,22 (0,17-0,27)

Anche in caso di obesità grave, l'utilizzo di diete drasticamente ipocaloriche è controindicato: non bisogna quindi ridurre l'apporto calorico a valori inferiori a 1500 kcal/die.

4. Esercizio fisico

In assenza di controindicazioni specifiche, verrà consigliata un'attività fisica moderata tarata sulle condizioni cliniche e capacità fisiche individuali. In linea generale si tratta di attività aerobica (passeggiate, nuoto, bicicletta ecc).

5. Terapia

Nei casi in cui in 1-2 settimane non venga raggiunto un ottimale profilo glicemico con terapia nutrizionale ed attività fisica (presenza di almeno due valori glicemici superiori all'obiettivo nella singola fascia oraria in una settimana) il team congiunto deciderà se iniziare la terapia.

a) Ipoglicemizzanti orali

Sebbene numerosi studi disponibili suggeriscano la possibilità di impiego di ipoglicemizzanti orali in gravidanza (Metformina-Gliburide), tuttavia le evidenze ad oggi disponibili e le indicazioni autorizzate non consentono di raccomandarne il loro uso, che deve essere quindi limitato esclusivamente a protocolli inseriti in attività di ricerca autorizzata.

b) Terapia Insulinica

In generale, nel diabete gestazionale gli schemi insulinici devono essere individualizzati: sono possibili schemi a una o due iniezioni, tuttavia può essere necessario ricorrere al trattamento insulinico intensivo per raggiungere l'ottimizzazione della glicemia. La terapia insulinica raccomandata per il controllo della glicemia postprandiale è quella con analoghi ad azione rapida.

6. Esenzione

Alle donne con diabete gestazionale va rilasciata l'esenzione per gravidanza a rischio con codice M50.

Sulla base di quanto stabilito dalla DGR 1020/2012 la diagnosi di diabete gestazionale potrà essere emessa direttamente dallo specialista ginecologo oppure, sulla base degli approfondimenti richiesti dallo specialista diabetologo, anche da questo ultimo. Lo specialista che formalizza la diagnosi di diabete gestazionale è tenuto a compilare il modulo utile per ottenere l'esenzione per gravidanza a rischio a fronte di un'esenzione per gravidanza fisiologica già assegnata.

La donna con diagnosi di gravidanza a rischio si recherà al distretto di appartenenza per il rilascio del codice di esenzione (M50) che verrà riportato sulla tessera sanitaria.

Follow-up in gravidanza

1. Controlli aggiuntivi per donne con GDM

Se non si rilevano patologie concomitanti e se il compenso glicemico è ottimale i controlli ostetrici possono avere una frequenza mensile fino alla 36° settimana (vedi Box 8).

Il contatto con il team congiunto per la verifica del compenso glicemico avverrà mediamente ogni 2-3 settimane o con cadenze più ravvicinate a seconda delle situazioni.

BOX 8: CONTROLLI OSTETRICI AGGIUNTIVI IN GDM	
20 settimane	Offrire diagnosi ecografica morfologica in centri specialistici di riferimento
28 settimane	▪ Offrire valutazione ecografica della crescita fetale e del volume del liquido amniotico ▪ Valutare l'opportunità di valutazione del visus
32 settimane	Offrire valutazione ecografica della crescita fetale e del volume del liquido amniotico
36 settimane	▪ Offrire valutazione ecografica della crescita fetale e del volume del liquido amniotico ▪ Fornire informazioni su: - tempo, modalità di parto - analgesia e anestesia - cambi della terapia ipoglicemizzante durante e dopo il parto - trattamento del neonato - effetti dell'allattamento sul controllo glicemico - contraccezione - controlli post dimissione
38 settimane	▪ Nel caso di accelerazione della crescita fetale, l'induzione al parto dovrebbe essere offerta dopo le 38 settimane complete ▪ Fornire informazioni su: - diabete e parto vaginale dopo pregresso cesareo - rischi e benefici di un parto per via vaginale, dell'induzione al travaglio e di un taglio cesareo in caso di macrosomia fetale
39 settimane	Offrire valutazione del benessere fetale
40 settimane	Offrire valutazione del benessere fetale
41 settimane	Offrire l'induzione del travaglio, come nelle gravidanze fisiologiche

Nel caso il GDM sia associato ad obesità, difficile compenso metabolico con necessità di terapia insulinica o fattori di rischio per preeclampsia (Box 9), alla donna sarà offerto l'invio presso gli Ambulatori per Gravidanze ad Alto Rischio di strutture che possano assicurare adeguato expertise.

BOX 9: FATTORI DI RISCHIO PER PRE-ECLAMPSIA
Età ≥ 40 anni
Nulliparità
Intervallo >10 anni dalla gravidanza precedente
Storia familiare di pre-eclampsia
Gravidanze precedenti con pre-eclampsia
BMI ≥ 30 Kg/m^2
Malattie vascolari preesistenti (es. ipertensione)
Malattia renale preesistente
Gravidanza multipla
Diabete pregravidico

In considerazione della frequente associazione del GDM con la pre-eclampsia e con il parto pretermine, sono raccomandabili, nelle forme di "overtdiabetes", i seguenti interventi di profilassi:

a) Somministrazione di acido acetilsalicilico 75 mg/die dalla 14° settimana nei casi in cui ricorrono almeno due fattori di rischio moderato o un fattore di alto rischio, secondo quanto riportato nella tabella sottostante:

GRADI DI RISCHIO PER PRE-ECLAMPSIA	
rischio moderato	**alto rischio**
Età ≥ 40 anni	Patologia ipertensiva gravidanza precedente
Nulliparità	Patologia renale cronica
Familiarità pre-eclampsia	Patologia autoimmune tipo LES
BMI pregravidico ≥ 35 Kg/m^2	Patologia ipertensiva preced. gravidanza
Gravidanza gemellare	Sindrome da Anticorpi antifosfolipidi
	Diabete mellito tipo 1 o 2
	Ipertensione cronica

Modificato da NICE clinical guideline 63 -2008

b) Controlli mensili della flora microbica del tratto genito-urinario, per eventuale avvio di profilassi del rischio di parto pretermine.

2. *Travaglio e parto*

- Al momento non vi sono evidenze scientifiche per raccomandare l'induzione del parto nelle donne con GDM con buon compenso glicemico in assenza di altri fattori di rischio.
- Il diabete in sé non costituisce una controindicazione al parto per via vaginale dopo un pregresso taglio cesareo.
- In caso di minaccia di parto pretermine, il diabete non è una controindicazione all'utilizzo di steroidi, che come noto inducono un'accentuazione dello stato iperglicemico, che regredisce in genere a 24-36 ore dalla loro ultima somministrazione

- Per quanto attiene alla terapia insulinica in travaglio si rimanda al documento sul diabete pre-gravidico.
- In caso di donna con diabete gestazionale in trattamento insulinico, quest'ultimo va sospeso dopo il parto e la dieta diventa libera. Si consiglia di eseguire 4-5 controlli della glicemia a digiuno e 2 ore dopo i pasti entro i primi 10 giorni dopo la dimissione. In presenza di valori di glicemia a digiuno ≥ 100 mg/dl o 2 ore dopo i pasti ≥ 140 mg/dl, la paziente è invitata a contattare la Struttura di Diabetologia; in caso di valori inferiori eseguirà l'OGTT a 6-12 settimane dopo il parto.

Assistenza Neonatale

Il nato da madre con diabete gravidico ha un rischio aumentato di sviluppare le seguenti complicanze:

1. *Macrosomia*

Viene definita da un peso neonatale >90° percentile o >4.0 Kg. Si verifica nel 15-50% delle gravidanze diabetiche e dipende dal controllo glicemico nel 2° e 3° trimestre. E' accompagnata da visceromegalia, da cui sono esenti cervello e reni. Non è del tutto eliminabile anche con un controllo glicemico soddisfacente. Può contribuire all'aumentata frequenza di traumi intrapartum.

2. *Cardiomiopatia diabetica*

Di solito è un'ipertrofia del setto interventricolare. Si sviluppa nel corso del terzo trimestre di gravidanza ed è solo in parte dipendente dal controllo glicemico. Abitualmente asintomatica, può occasionalmente dare un'ostruzione all'efflusso del ventricolo sinistro. Si risolve spontaneamente entro 6 mesi. In assenza di segni clinici non è indicato un ecodoppler cardiaco.

3. *Ipoglicemia*

Non c'è accordo sulla definizione di ipoglicemia. La maggior parte dei testi indica una concentrazione <45 mg/dL come cut-off. La frequenza di ipoglicemia neonatale dipende dal controllo glicemico generale in gravidanza, ma soprattutto dall'iperglicemia materna durante travaglio e parto. L'ipoglicemia si verifica di solito tra 30 e 90 minuti di vita ed è abitualmente asintomatica. Se il neonato è asintomatico e senza altri problemi, la determinazione della glicemia deve essere effettuata dopo tale periodo, per evitare il trattamento di ipoglicemie transitorie. Durante questo periodo il neonato deve però essere osservato per possibili segni clinici di ipoglicemia. Un monitoraggio glicemico è comunque raccomandato nelle prime 24 ore, con inizio a 2-4 ore di vita anche se il neonato è asintomatico, dato che l'ipoglicemia può essere protratta. Nel caso venga rilevata un'ipoglicemia, la raccomandazione corrente è di trattarla sempre e comunque, anche se asintomatica.

4. *Ipocalcemia*

L'ipocalcemia è definita da un Ca totale < 7 mg/dL. Si verifica tra 24 e 48 ore di vita. E' frequente (fino al 50%), ma quasi sempre transitoria, asintomatica ed a risoluzione spontanea. Può coesistere ipomagnesiemia (Mg<1.5 mg/dL), che dipende dalla deplezione materna di Mg ed è anch'essa abitualmente asintomatica e transitoria. E' raramente necessario un trattamento dell'ipocalcemia.

5. *Altri problemi*

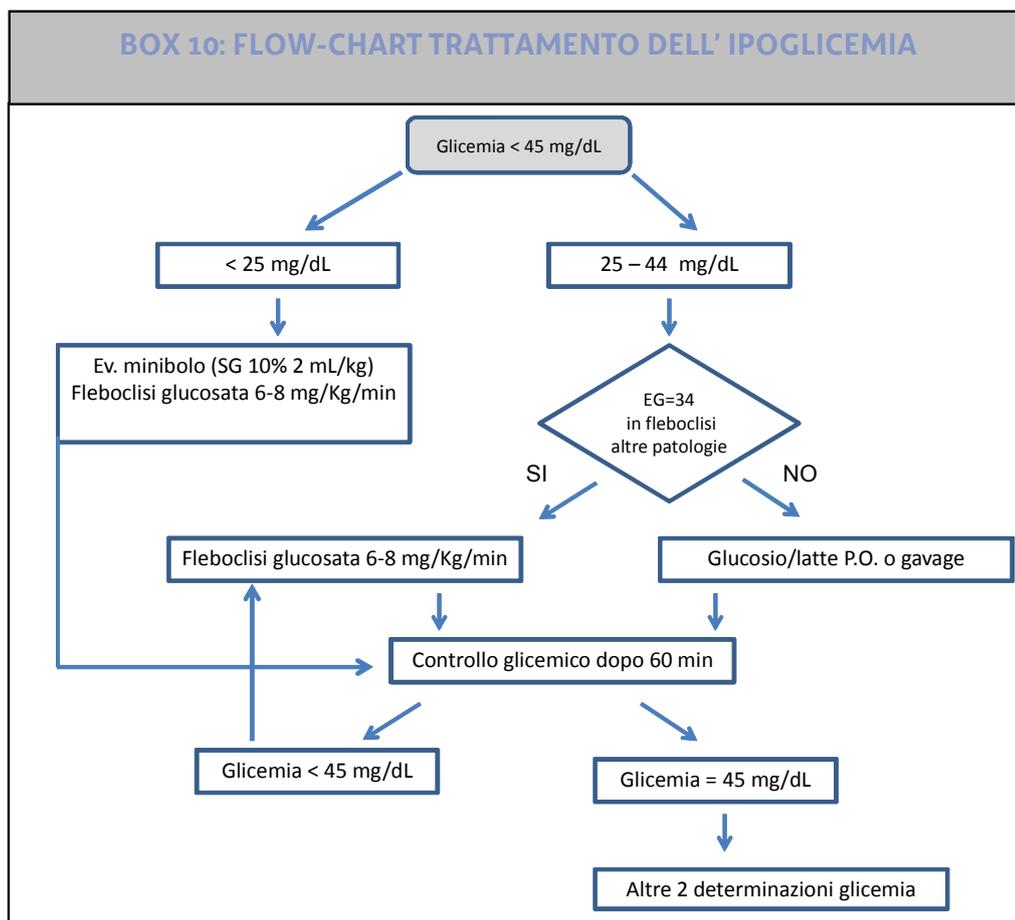
Policitemia, iperbilirubinemia, occlusione intestinale da colon sinistro ipoplastico.

La RDS da deficit di surfactant polmonare è scomparsa grazie al rigoroso controllo glicemico in gravidanza. Nel caso di diabete non controllato, l'aumentato rischio di RDS permane fino a 38.5 settimane di gestazione.

In ogni Punto nascita deve essere disponibile una procedura scritta per la prevenzione, l'individuazione precoce e trattamento dell'ipoglicemia in nati da madre diabetica.

Prevenzione ipoglicemia : favorire l'allattamento al seno prima possibile

Monitoraggio glicemico: sono previsti due controlli a 4-6 ore di vita e, se il primo è normale, a 12 ore. La glicemia va eseguita subito in caso di segni o sintomi di ipoglicemia

Trattamento ipoglicemia: vedi flow chart Box 10

Follow- up materno post-partum

Alla dimissione le donne devono essere informate:

- sull'importanza di continuare a perseguire corretti stili di vita (alimentazione, controllo del peso, attività fisica);
- sul rischio di sviluppare un diabete gestazionale in gravidanze successive e sulla necessità di eseguire i test di screening per una diagnosi precoce;
- sui sintomi di iperglicemia;
- sulla possibilità di insorgenza di un diabete di tipo 2;
- sul timing dei controlli consigliati.

Alla dimissione dal parto la donna dovrà aver una data indicata dalla struttura di diabetologia per la visita diabetologica con il referto dell' OGTT 75 g (tempi 0 e 120 min) eseguito a distanza di 6-12 settimane dopo il parto.

- Alla dimissione sarà consegnata alla donna una lettera per il medico curante con una sintesi della gravidanza e del suo esito.
- Anche in presenza di un OGTT a 6-12 settimane dopo il parto nella norma è opportuno un controllo annuale della glicemia a digiuno *(NICE 2008: Diabetes in pregnancy - clinicalguidelines n. 63)* e della pressione arteriosa.

Linee di Intervento

- Attuazione presso tutti i Punti nascita e Consultori regionali dello screening per la diagnosi precoce del diabete gestazionale nella popolazione a rischio, secondo quanto definito nel presente documento in linea a quanto indicato nelle Linee guida nazionali sulla "Gravidanza fisiologica", con predisposizione di procedure scritte;

- Predisposizione a livello aziendale di percorsi assistenziali che tengano conto delle indicazioni contenute nel presente documento e che favoriscano l'integrazione tra tutte le figure professionali coinvolte nelle cure della donna con diabete gestazionale (ginecologo, diabetologo, ostetrica, neonatologo, infermiere, dietista e medici di medicina generale). Predisposizione di procedure scritte per il follow-up della gravidanza e la gestione del travaglio e parto;
- Adozione nei Punti Nascita regionali del percorso assistenziale per il nato da mamma diabetica, con predisposizione di procedure scritte;
- Coinvolgimento dei MMG nel follow-up della donna con diabete gestazionale;
- Implementazione di un sistema di raccolta dati sul diabete in gravidanza e di monitoraggio degli outcome materni e feto-neonatali;
- Verifica con individuazione di indicatori misurabili.

VISTO: IL PRESIDENTE: SERRACCHIANI
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

15_36_1_ADC_AMB ENERPN_BORTOLUSSI_1_TESTO

Direzione centrale ambiente ed energia - Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone - Pordenone

Pubblicazione ai sensi dell'art. 21, comma 1, della LR 3 luglio 2002, n. 16. Domanda delle ditta Bortolussi Giuseppe per ottenere la concessione di derivazione d'acqua per uso irriguo da falda sotterranea in Comune di Zoppola.

Con domanda dd. 20.04.2015, la ditta Bortolussi Giuseppe (IPD/3417) ha chiesto la concessione per derivare mod. massimi 0,43 (pari a l/sec. 43,00) d'acqua da falda sotterranea in località Biacche del comune di Zoppola, mediante due opere di presa localizzate rispettivamente sul terreno al foglio 7, mappale 92, e sul terreno al foglio 17, mappale 277, per uso irriguo a servizio di una superficie di Ha 04.24.81 di terreno agricolo coltivato a seminativo.
Si avvisa che la domanda, unitamente agli atti progettuali, sarà depositata presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone, via Oberdan n. 18, per la durata di 15 (quindici) giorni consecutivi a decorrere dal 09.09.2015 e, pertanto, fino al 24.09.2015, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione nelle ore d'ufficio.
Il presente avviso è pubblicato, per lo stesso periodo, all'albo pretorio del Comune di Zoppola.
Le osservazioni e le opposizioni, nonché le memorie o documenti di cui all' art. 16 della L.R. 20.03.2000 n. 7, potranno essere presentate presso la Struttura provinciale sopra indicata, entro e non oltre 30 giorni dalla data di inizio della pubblicazione e, pertanto, entro il 09.10.2015.
Con successivo avviso esposto all'albo pretorio del Comune di Zoppola, sarà comunicata la data in cui verrà effettuata la visita locale d'istruttoria alla quale potrà intervenire chiunque vi abbia interesse; tale informazione potrà essere assunta anche presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche del territorio di Pordenone.
Ai sensi dell'art. 14 della citata L.R. 7/2000, si informa che Responsabile del procedimento è il responsabile delegato di P.O. per. ind. Andrea Schiffo, coordinatore della Struttura è il geom. Mario Basso Boccabella, responsabile dell'istruttoria amministrativa è la dott.ssa Gabriella Prizzon e responsabile dell'istruttoria tecnica è il per. ind. Alfeo Lucon.
Ai sensi della delibera della Giunta regionale n. 1103 dd. 21.06.2013, il termine entro il quale deve concludersi il procedimento è fissato in giorni 180 a decorrere dalla data di ricezione della domanda in esame. Il termine indicato non è comprensivo delle sospensioni previste dalle norme vigenti e non include le fasi endoprocedimentali i cui tempi sono disciplinati dalla legge.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI P.O.:
per. ind. Andrea Schiffo

15_36_1_ADC_AMB ENERPN_CORAZZA E ZANCO_1_TESTO

Direzione centrale ambiente ed energia - Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone - Pordenone

Pubblicazione ai sensi dell'art. 21, comma 5, della LR 3 luglio 2002, n. 16. Provvedimenti di assenso al subentro in derivazione d'acqua ditte varie.

Con decreto del Responsabile delegato di posizione organizzativa n. 1502/AMB, emesso in data 11.08.2015, è stato assentito il subentro della ditta Corazza Paola (IPD/1728_1) nel diritto di continuare a derivare, fino al 31.12.2020, mod. massimi 3,00 (pari a l/sec. 300) e medi 1,50 (pari a l/sec. 150,00) d'ac-

qua per produrre, sul salto di m 3,00, la potenza nominale media di kW 4,40 di forza motrice da impiegare per usi domestici, assentito a Rosa Bian Giulio con provvedimento n. ALP/PN/578/1728 del 13.05.2010.

Con atto ricognitivo del Responsabile delegato di posizione organizzativa n. 1353/AMB, emesso in data 20.07.2015, è stato assentito il subentro della ditta Zanco Maico (IPD/2367_1) nel diritto di continuare a derivare, fino al 31.12.2020, mod. massimi 0,23 (pari a l/sec. 23,00) d'acqua per uso irriguo mediante un pozzo presente sul terreno censito al foglio 9, mappali 155-345, del comune di Sesto al Reghena, assentito a Zanco Ferruccio con provvedimento n. LL.PP./1195/IPD VARIE dd. 15.11.2005.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI P.O.:
p.i. Andrea Schiffo

15_36_1_ADC_AMB ENERPN_PANTAROTTO_1_TESTO

Direzione centrale ambiente ed energia - Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone - Pordenone

Pubblicazione ai sensi dell'art. 21, comma 1, della LR 3 luglio 2002, n. 16. Domanda delle ditta Pantarotto Maria Rosa per ottenere la concessione di derivazione d'acqua per uso irriguo da falda sotterranea in Comune di Zoppola.

Con domanda dd. 15.04.2015, la ditta Pantarotto Maria Rosa (IPD/3413) ha chiesto la concessione per derivare mod. massimi 0,333 (pari a l/sec. 33,30) d'acqua da falda sotterranea in comune di Zoppola, mediante due opere di presa localizzate rispettivamente sul terreno al foglio 45, mappale 65, e sul terreno al foglio 33, mappale 249, per uso irriguo a servizio di una superficie di Ha 01.26.80 di terreno agricolo coltivato a vigneto.
Si avvisa che la domanda, unitamente agli atti progettuali, sarà depositata presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone, via Oberdan n. 18, per la durata di 15 (quindici) giorni consecutivi a decorrere dal 09.09.2015 e, pertanto, fino al 24.09.2015, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione nelle ore d'ufficio.
Il presente avviso è pubblicato, per lo stesso periodo, all'albo pretorio del Comune di Zoppola.
Le osservazioni e le opposizioni, nonché le memorie o documenti di cui all' art. 16 della L.R. 20.03.2000 n. 7, potranno essere presentate presso la Struttura provinciale sopra indicata, entro e non oltre 30 giorni dalla data di inizio della pubblicazione e, pertanto, entro il 09.10.2015.
Con successivo avviso esposto all'albo pretorio del Comune di Zoppola, sarà comunicata la data in cui verrà effettuata la visita locale d'istruttoria alla quale potrà intervenire chiunque vi abbia interesse; tale informazione potrà essere assunta anche presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche del territorio di Pordenone.
Ai sensi dell'art. 14 della citata L.R. 7/2000, si informa che Responsabile del procedimento è il responsabile delegato di P.O. per. ind. Andrea Schiffo, coordinatore della Struttura è il geom. Mario Basso Boccabella, responsabile dell'istruttoria amministrativa è la dott.ssa Gabriella Prizzon e responsabile dell'istruttoria tecnica è il per. ind. Alfeo Lucon.
Ai sensi della delibera della Giunta regionale n. 1103 dd. 21.06.2013, il termine entro il quale deve concludersi il procedimento è fissato in giorni 180 a decorrere dalla data di ricezione della domanda in esame. Il termine indicato non è comprensivo delle sospensioni previste dalle norme vigenti e non include le fasi endoprocedimentali i cui tempi sono disciplinati dalla legge.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI P.O.:
per. ind. Andrea Schiffo

15_36_1_ADC_AMB ENERPN_RIGHINI_1_TESTO

Direzione centrale ambiente ed energia - Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone - Pordenone

Pubblicazione ai sensi dell'art. 21, comma 1, della LR 3 luglio 2002, n. 16. Domanda delle ditta Righini Silva per ottenere la concessione di derivazione d'acqua per uso irriguo da falda sotterranea in Comune di Zoppola.

Con domanda dd. 20.04.2015, la ditta Righini Silva (IPD/3419) ha chiesto la concessione per derivare mod. massimi 0,30 (pari a l/sec. 30,00) d'acqua da falda sotterranea in località Ovoledo del comune di Zoppola, mediante un opera di presa esistente sul terreno al foglio 18, mappale 2, per uso irriguo a servizio di una superficie di Ha 01.40.70 di terreno agricolo coltivato a vigneto e seminativo.
Si avvisa che la domanda, unitamente agli atti progettuali, sarà depositata presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone, via Oberdan n. 18, per la durata di 15 (quindici) giorni consecutivi a decorrere dal 09.09.2015 e, pertanto, fino al 24.09.2015, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione nelle ore d'ufficio.
Il presente avviso è pubblicato, per lo stesso periodo, all'albo pretorio del Comune di Zoppola.
Le osservazioni e le opposizioni, nonché le memorie o documenti di cui all' art. 16 della L.R. 20.03.2000 n. 7, potranno essere presentate presso la Struttura provinciale sopra indicata, entro e non oltre 30 giorni dalla data di inizio della pubblicazione e, pertanto, entro il 09.10.2015.
Con successivo avviso esposto all'albo pretorio del Comune di Zoppola, sarà comunicata la data in cui verrà effettuata la visita locale d'istruttoria alla quale potrà intervenire chiunque vi abbia interesse; tale informazione potrà essere assunta anche presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche del territorio di Pordenone.
Ai sensi dell'art. 14 della citata L.R. 7/2000, si informa che Responsabile del procedimento è il responsabile delegato di P.O. per. ind. Andrea Schiffo, coordinatore della Struttura è il geom. Mario Basso Boccabella, responsabile dell'istruttoria amministrativa è la dott.ssa Gabriella Prizzon e responsabile dell'istruttoria tecnica è il per. ind. Alfeo Lucon.
Ai sensi della delibera della Giunta regionale n. 1103 dd. 21.06.2013, il termine entro il quale deve concludersi il procedimento è fissato in giorni 180 a decorrere dalla data di ricezione della domanda in esame. Il termine indicato non è comprensivo delle sospensioni previste dalle norme vigenti e non include le fasi endoprocedimentali i cui tempi sono disciplinati dalla legge.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI P.O.:
per. ind. Andrea Schiffo

15_36_1_ADC_AMB ENERPN_VARASCHIN_1_TESTO

Direzione centrale ambiente ed energia - Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone - Pordenone

Pubblicazione ai sensi dell'art. 21, comma 1, della LR 3 luglio 2002, n. 16. Domanda delle ditte Varaschin Antonio e Varaschin Lorenzo per ottenere la concessione di derivazione d'acqua per usi zootecnico e antincendio da falda sotterranea in Comune di Zoppola.

Con domanda dd. 15.04.2015, le ditte Varaschin Antonio e Varaschin Lorenzo (IPD/3406) hanno chiesto,

in solido, la concessione per derivare mod. massimi 0,35 (pari a l/sec. 35,00) e medi 0,25 (pari a l/sec. 25,00) d'acqua da falda sotterranea in comune di Zoppola, mediante una opera di presa esistente sul terreno al foglio 44, mappale 314, per usi zootecnico e antincendio, per l'alimentazione di un allevamento di bovini da latte e dell'impianto antincendio di un impianto di biogas adiacente la stalla.
Si avvisa che la domanda, unitamente agli atti progettuali, sarà depositata presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche nel territorio di Pordenone, via Oberdan n. 18, per la durata di 15 (quindici) giorni consecutivi a decorrere dal 09.09.2015 e, pertanto, fino al 24.09.2015, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione nelle ore d'ufficio.
Il presente avviso è pubblicato, per lo stesso periodo, all'albo pretorio del Comune di Zoppola.
Le osservazioni e le opposizioni, nonché le memorie o documenti di cui all' art. 16 della L.R. 20.03.2000 n. 7, potranno essere presentate presso la Struttura provinciale sopra indicata, entro e non oltre 30 giorni dalla data di inizio della pubblicazione e, pertanto, entro il 09.10.2015.
Con successivo avviso esposto all'albo pretorio del Comune di Zoppola, sarà comunicata la data in cui verrà effettuata la visita locale d'istruttoria alla quale potrà intervenire chiunque vi abbia interesse; tale informazione potrà essere assunta anche presso il Servizio disciplina servizio idrico integrato, gestione risorse idriche, tutela acque da inquinamento - Struttura stabile gestione risorse idriche del territorio di Pordenone.
Ai sensi dell'art. 14 della citata L.R. 7/2000, si informa che Responsabile del procedimento è il responsabile delegato di P.O. per. ind. Andrea Schiffo, coordinatore della Struttura è il geom. Mario Basso Boccabella, responsabile dell'istruttoria amministrativa è la dott.ssa Gabriella Prizzon e responsabile dell'istruttoria tecnica è il per. ind. Alfeo Lucon.
Ai sensi della delibera della Giunta regionale n. 1103 dd. 21.06.2013, il termine entro il quale deve concludersi il procedimento è fissato in giorni 180 a decorrere dalla data di ricezione della domanda in esame. Il termine indicato non è comprensivo delle sospensioni previste dalle norme vigenti e non include le fasi endoprocedimentali i cui tempi sono disciplinati dalla legge.

IL RESPONSABILE DELEGATO DI P.O.:
per. ind. Andrea Schiffo

15_36_1_ADC_FIN PATR_CONC DEM VALPANERA_1_TESTO

Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie - Servizio demanio e consulenza tecnica

Avviso di presentazione di istanza per il rilascio di una concessione demaniale per il mantenimento ed utilizzo di un pontile con relativo cancello, scalinata di accesso ed antistante specchio acqueo con pali di ormeggio per l'approdo di piccole imbarcazioni connesse alla pesca, opere e beni insistenti su aree del demanio marittimo regionale identificate nel Comune Amministrativo e Censuario di Grado (GO) - ppccn. 2866/4, 2865/7 e 2867/2 - FM 70. Richiedente: Valpanera Sas - Via Isola Panera, 5 - Grado (GO).

IL RESPONSABILE DELEGATO DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA PER LA GESTIONE DEI DEMANI REGIONALI

PREMESSO che il decreto legislativo 25 maggio 2001, n. 265 ha previsto il trasferimento alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia delle funzioni amministrative e delle competenze in materia di gestione dei beni già appartenenti al demanio marittimo dello Stato, situati nel territorio regionale, ricadenti nella conterminazione della laguna di Marano e Grado;
VISTA la deliberazione giuntale 3 agosto 2005 n. 2001, inerente gli indirizzi operativi per l'esercizio delle funzioni amministrative nella laguna di Marano-Grado;
VISTI l'art. 18 del D.P.R. 15 febbraio 1952 n. 328 e la Comunicazione della Commissione europea del 12

aprile 2000, pubblicata in GUCE n. C 121 del 29 aprile 2000;
VISTO l'art. 21, comma 1, lett. a) ed e) del Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali approvato con D.P.Reg. 27.08.2004, n. 0277/Pres. e successive modifiche, che riserva al Direttore del Servizio l'adozione degli atti di competenza del Servizio e dei provvedimenti di concessione, autorizzazione, licenza o altri analoghi;
VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1612 dd. 13/09/2013, con la quale in attuazione del disposto di cui all'articolo 7, comma 7 del suddetto Regolamento, sono state ridefinite le articolazioni e le declaratorie delle Direzioni centrali , con decorrenza 16 ottobre 2010 e in particolare l'art. 23 comma 1, lett. b) dell'Allegato A alla suddetta deliberazione che attribuisce al Servizio demanio e consulenza tecnica della Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie la competenza all'istruttoria tecnico - amministrativa relativa alle istanze di autorizzazione e concessione di beni del demanio regionale e al loro successivo rilascio a favore di soggetti pubblici e privati;
VISTI il Decreto n. 2077/FIN dd. 23.09.2014, così come integrato con successivo decreto n. 2146/FIN dd. 06.10.2014, del Ragioniere generale, con cui è stato conferito l'incarico alla dott.ssa Franca Nosella della posizione organizzativa denominata "Gestione Demani Regionali", e il Decreto n. 2078 dd. 23.09.2014 del Direttore del Servizio demanio e consulenza tecnica, con il quale, nell'ambito della posizione organizzativa assegnata alla dott.ssa Franca Nosella, è stato conferito alla stessa l'incarico per la sottoscrizione degli atti istruttori e dei provvedimenti finali di concessione o autorizzazione nella laguna di Marano-Grado ed il coordinamento dell'attività concessoria/autorizzativa di beni del demanio marittimo;
VISTA l'istanza prot. n. 19912 di data 13.08.2015 della Valpanera s.a.s. finalizzata al rilascio della concessione demaniale per il mantenimento ed utilizzo di un pontile fisso con porzione galleggiante, relativo cancello, scalinata di accesso ed antistante specchio acqueo con pali di ormeggio per l'approdo di piccole imbarcazioni connesse alla pesca, opere, manufatti e beni insistenti su parte delle pp.cc.n. 2866/4, 2865/7 E 2867/2 del F.M.70 del Comune Amministrativo e Censuario di Grado (Go) per una superficie complessiva di mq 122,80;

DISPONE

la pubblicazione dell'avviso relativo della istanza citata in premessa:
1. sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia;
2. all'Albo pretorio del Comune di Grado (Go) per la durata di 45 (quarantacinque) giorni naturali e consecutivi, a partire dal giorno successivo alla data di pubblicazione di cui al punto 1, consultabile sul sito informatico del Comune stesso (www.comunegrado.it);
3. sul sito informatico della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (www.regione.fvg.it) per la durata di 45 (quarantacinque) giorni naturali e consecutivi, a partire dal giorno successivo alla data di pubblicazione di cui al punto 1, vale a dire dal giorno 10 settembre 2015 e fino al 24 ottobre 2015.

RENDE NOTO

che l'istanza in premessa citata e gli elaborati a corredo rimarranno depositati a disposizione del pubblico presso il Servizio demanio e consulenza tecnica della Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie, con sede in Trieste, Corso Cavour n. 1, previo appuntamento, nelle giornate di martedì e il giovedì dalle 9,30 alle 12,30 e il mercoledì dalle 14,00 alle 16,00 per il periodo di 45 giorni naturali e consecutivi, a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione sul B.U.R. del presente avviso, ossia vale a dire dal giorno 10 settembre 2015 e fino al 24 ottobre 2015.

INVITA

coloro che abbiano interesse a presentare per iscritto alla Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie, Servizio demanio e consulenza tecnica con sede in Trieste, Corso Cavour n. 1, entro il termine perentorio di cui sopra, le osservazioni che ritenessero opportune a tutela dei loro eventuali diritti, con l'avvertenza che, trascorso inutilmente il termine stabilito, si procederà al seguito dell'istruttoria inerente la concessione richiesta;
coloro che abbiano interesse, ad avanzare istanza di concessione per l'utilizzo del bene in parola con marca da bollo da Euro 16,00 alla Direzione Centrale Finanze, Patrimonio, Coordinamento e Programmazione, Politiche Economiche e Comunitarie, Servizio demanio e consulenza tecnica con sede in Corso Cavour, n.1, Trieste, entro il termine perentorio di cui sopra, le istanze concorrenti saranno successivamente pubblicate ai soli fini della presentazione di eventuali osservazioni, non riaprendo i termini per la presentazione di ulteriori domande concorrenti.
Trieste 25 agosto 2015

IL RESPONSABILE DELEGATO DI P.O.:
dott.ssa Franca Nosella

15_36_1_ADC_SEGR GENUTCERV_ELENCO DECRETI TAVOLARI1_TESTO

Segretariato generale - Servizio libro fondiario e usi civici - Ufficio tavolare di Cervignano del Friuli

Notificazione dei decreti tavolari ai sensi dell'art. 14, comma 30, della legge regionale 12/2009.

GN 367/2015 presentato il 26/02/2015
GN 974/2015 presentato il 28/05/2015
GN 1055/2015 presentato il 10/06/2015
GN 1098/2015 presentato il 18/06/2015
GN 1116/2015 presentato il 19/06/2015
GN 1152/2015 presentato il 01/07/2015
GN 1155/2015 presentato il 01/07/2015
GN 1164/2015 presentato il 02/07/2015
GN 1165/2015 presentato il 02/07/2015
GN 1219/2015 presentato il 08/07/2015
GN 1225/2015 presentato il 09/07/2015
GN 1228/2015 presentato il 10/07/2015
GN 1229/2015 presentato il 10/07/2015
GN 1271/2015 presentato il 20/07/2015
GN 1280/2015 presentato il 22/07/2015
GN 1284/2015 presentato il 23/07/2015
GN 1299/2015 presentato il 24/07/2015
GN 1308/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1314/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1315/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1316/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1318/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1319/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1320/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1321/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1323/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1325/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1326/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1327/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1329/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1330/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1331/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1333/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1351/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1366/2015 presentato il 30/07/2015
GN 1373/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1384/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1386/2015 presentato il 03/08/2015
GN 1388/2015 presentato il 03/08/2015
GN 1395/2015 presentato il 04/08/2015
GN 1398/2015 presentato il 04/08/2015
GN 1402/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1404/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1405/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1406/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1409/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1410/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1411/2015 presentato il 05/08/2015
GN 1418/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1419/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1421/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1427/2015 presentato il 10/08/2015
GN 1428/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1429/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1444/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1446/2015 presentato il 12/08/2015
GN 1447/2015 presentato il 12/08/2015
GN 1450/2015 presentato il 13/08/2015
GN 1464/2015 presentato il 13/08/2015
GN 1466/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1467/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1475/2015 presentato il 18/08/2015
GN 1476/2015 presentato il 18/08/2015
GN 1477/2015 presentato il 18/08/2015

15_36_1_ADC_SEGR GENUTGO_ELENCO DECRETI TAVOLARI_1_TESTO

Segretariato generale - Servizio libro fondiario e usi civici - Ufficio tavolare di Gorizia

Notificazione dei decreti tavolari ai sensi dell'art. 14, comma 30, della legge regionale 12/2009.

GN 1030/2015 presentato il 25/06/2015
GN 1051/2015 presentato il 30/06/2015
GN 1132/2015 presentato il 13/07/2015
GN 1136/2015 presentato il 14/07/2015
GN 1137/2015 presentato il 14/07/2015
GN 1138/2015 presentato il 14/07/2015
GN 1139/2015 presentato il 14/07/2015
GN 1142/2015 presentato il 14/07/2015
GN 1160/2015 presentato il 16/07/2015
GN 1176/2015 presentato il 22/07/2015
GN 1195/2015 presentato il 23/07/2015
GN 1202/2015 presentato il 24/07/2015
GN 1217/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1218/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1223/2015 presentato il 28/07/2015
GN 1224/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1226/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1227/2015 presentato il 29/07/2015

GN 1235/2015 presentato il 29/07/2015
GN 1252/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1253/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1254/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1255/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1256/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1257/2015 presentato il 31/07/2015
GN 1262/2015 presentato il 03/08/2015
GN 1290/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1291/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1292/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1293/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1294/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1295/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1297/2015 presentato il 06/08/2015
GN 1299/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1301/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1302/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1303/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1304/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1305/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1308/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1309/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1310/2015 presentato il 07/08/2015
GN 1314/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1315/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1320/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1321/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1322/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1323/2015 presentato il 11/08/2015
GN 1329/2015 presentato il 13/08/2015
GN 1333/2015 presentato il 13/08/2015
GN 1334/2015 presentato il 13/08/2015
GN 1335/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1336/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1337/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1338/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1339/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1341/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1343/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1344/2015 presentato il 14/08/2015
GN 1345/2015 presentato il 17/08/2015
GN 1365/2015 presentato il 19/08/2015
GN 1366/2015 presentato il 19/08/2015

15_36_1_ADC_SEGR GENUTMONF_ELENCO DECRETI TAVOLARI_1_TESTO

Segretariato generale - Servizio libro fondiario e usi civici - Ufficio tavolare di Monfalcone

Notificazione dei decreti tavolari ai sensi dell'art. 14, comma 30, della legge regionale 12/2009.

GN 2474/2015 presentato il 15/07/2015
GN 2711/2015 presentato il 29/07/2015
GN 2750/2015 presentato il 30/07/2015
GN 2751/2015 presentato il 30/07/2015
GN 2761/2015 presentato il 31/07/2015
GN 2768/2015 presentato il 31/07/2015
GN 2772/2015 presentato il 31/07/2015
GN 2809/2015 presentato il 05/08/2015
GN 2810/2015 presentato il 05/08/2015
GN 2811/2015 presentato il 05/08/2015
GN 2815/2015 presentato il 05/08/2015
GN 2816/2015 presentato il 05/08/2015
GN 2839/2015 presentato il 06/08/2015
GN 2843/2015 presentato il 06/08/2015
GN 2857/2015 presentato il 07/08/2015
GN 2858/2015 presentato il 07/08/2015
GN 2859/2015 presentato il 07/08/2015
GN 2866/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2867/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2868/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2871/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2872/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2873/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2875/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2876/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2877/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2878/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2879/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2880/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2881/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2882/2015 presentato il 10/08/2015
GN 2901/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2902/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2906/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2908/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2909/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2910/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2911/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2912/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2914/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2915/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2916/2015 presentato il 12/08/2015
GN 2920/2015 presentato il 13/08/2015
GN 2923/2015 presentato il 14/08/2015
GN 2926/2015 presentato il 14/08/2015
GN 2927/2015 presentato il 14/08/2015
GN 2929/2015 presentato il 14/08/2015
GN 2966/2015 presentato il 18/08/2015
GN 2967/2015 presentato il 18/08/2015
GN 2968/2015 presentato il 18/08/2015
GN 2972/2015 presentato il 18/08/2015
GN 2977/2015 presentato il 18/08/2015
GN 2992/2015 presentato il 19/08/2015
GN 3004/2015 presentato il 20/08/2015

15_36_1_ADC_SEGR GENUTTS_1_ELENCO DECRETI TAVOLARI_1_TESTO

Segretariato generale - Servizio libro fondiario e usi civici - Ufficio tavolare di Trieste

Notificazione dei decreti tavolari ai sensi dell'art. 14, comma 30, della legge regionale 12/2009.

GN 5257/2013 presentato il 03/05/2013
GN 8161/2013 presentato il 17/07/2013
GN 8227/2013 presentato il 18/07/2013
GN 9220/2013 presentato il 09/08/2013
GN 9222/2013 presentato il 09/08/2013
GN 67/2014 presentato il 08/01/2014
GN 89/2014 presentato il 08/01/2014
GN 1155/2014 presentato il 05/02/2014
GN 1772/2014 presentato il 20/02/2014
GN 1867/2014 presentato il 21/02/2014
GN 1868/2014 presentato il 21/02/2014
GN 1870/2014 presentato il 21/02/2014
GN 1871/2014 presentato il 21/02/2014
GN 2098/2014 presentato il 27/02/2014
GN 2664/2014 presentato il 17/03/2014
GN 2665/2014 presentato il 17/03/2014
GN 3008/2014 presentato il 25/03/2014
GN 3009/2014 presentato il 25/03/2014
GN 3019/2014 presentato il 26/03/2014
GN 3370/2014 presentato il 03/04/2014
GN 3371/2014 presentato il 03/04/2014
GN 3372/2014 presentato il 03/04/2014
GN 3376/2014 presentato il 03/04/2014
GN 3387/2014 presentato il 04/04/2014
GN 3388/2014 presentato il 04/04/2014
GN 3641/2014 presentato il 11/04/2014
GN 3661/2014 presentato il 11/04/2014
GN 3721/2014 presentato il 14/04/2014
GN 3776/2014 presentato il 15/04/2014
GN 3779/2014 presentato il 15/04/2014
GN 3780/2014 presentato il 15/04/2014
GN 3802/2014 presentato il 15/04/2014
GN 3857/2014 presentato il 17/04/2014
GN 3991/2014 presentato il 22/04/2014
GN 4016/2014 presentato il 23/04/2014
GN 4128/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4131/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4132/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4137/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4138/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4139/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4140/2014 presentato il 28/04/2014
GN 4177/2014 presentato il 29/04/2014
GN 4178/2014 presentato il 29/04/2014
GN 4179/2014 presentato il 29/04/2014
GN 4181/2014 presentato il 29/04/2014
GN 4393/2014 presentato il 07/05/2014
GN 4398/2014 presentato il 07/05/2014
GN 4684/2014 presentato il 14/05/2014
GN 4694/2014 presentato il 15/05/2014
GN 4698/2014 presentato il 15/05/2014
GN 4701/2014 presentato il 15/05/2014
GN 4753/2014 presentato il 16/05/2014
GN 4764/2014 presentato il 16/05/2014
GN 4766/2014 presentato il 16/05/2014
GN 5249/2014 presentato il 29/05/2014
GN 5278/2014 presentato il 30/05/2014
GN 7647/2014 presentato il 30/07/2014
GN 7648/2014 presentato il 30/07/2014
GN 10960/2014 presentato il 06/11/2014
GN 10963/2014 presentato il 06/11/2014
GN 10968/2014 presentato il 06/11/2014
GN 10971/2014 presentato il 06/11/2014
GN 10972/2014 presentato il 06/11/2014
GN 10978/2014 presentato il 06/11/2014
GN 10985/2014 presentato il 07/11/2014
GN 10987/2014 presentato il 07/11/2014
GN 10988/2014 presentato il 07/11/2014
GN 10989/2014 presentato il 07/11/2014
GN 11001/2014 presentato il 07/11/2014
GN 11393/2014 presentato il 18/11/2014
GN 12142/2014 presentato il 10/12/2014
GN 12354/2014 presentato il 17/12/2014
GN 37/2015 presentato il 07/01/2015
GN 42/2015 presentato il 07/01/2015
GN 1093/2015 presentato il 03/02/2015
GN 1099/2015 presentato il 03/02/2015
GN 1332/2015 presentato il 11/02/2015
GN 1358/2015 presentato il 11/02/2015
GN 1374/2015 presentato il 12/02/2015
GN 2050/2015 presentato il 04/03/2015
GN 2052/2015 presentato il 04/03/2015
GN 2054/2015 presentato il 04/03/2015
GN 2057/2015 presentato il 04/03/2015
GN 2058/2015 presentato il 04/03/2015
GN 2069/2015 presentato il 04/03/2015
GN 3545/2015 presentato il 16/04/2015
GN 3549/2015 presentato il 16/04/2015
GN 3551/2015 presentato il 16/04/2015
GN 3552/2015 presentato il 16/04/2015
GN 3600/2015 presentato il 17/04/2015
GN 3994/2015 presentato il 27/04/2015
GN 3995/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4001/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4002/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4006/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4010/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4011/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4016/2015 presentato il 27/04/2015
GN 4773/2015 presentato il 18/05/2015
GN 4833/2015 presentato il 19/05/2015
GN 4835/2015 presentato il 19/05/2015
GN 4836/2015 presentato il 19/05/2015
GN 4840/2015 presentato il 19/05/2015
GN 4847/2015 presentato il 19/05/2015
GN 4850/2015 presentato il 19/05/2015

15_36_1_ADC_SEGR GENUTTS_2 ELENCO DECRETI TAVOLARI_1_TESTO

Segretariato generale - Servizio libro fondiario e usi civici - Ufficio tavolare di Trieste

Notificazione dei decreti tavolari ai sensi dell'art. 14, comma 30, della legge regionale 12/2009.

GN 2346/14 presentato il 7/3/2014
GN 2456/14 presentato il 12/3/2014
GN 3106/14 presentato il 28/3/2014
GN 3435/14 presentato il 4/4/2014
GN 3463/14 presentato il 7/4/2014
GN 3658/14 presentato il 11/4/2014
GN 4067/14 presentato il 24/4/2014
GN 10241/14 presentato il 16/10/2014
GN 10986/14 presentato il 7/11/2014
GN 12043/14 presentato il 5/12/2014
GN 12044/14 presentato il 5/12/2014
GN 12048/14 presentato il 5/12/2014
GN 12566/14 presentato il 22/12/2014
GN 49/15 presentato il 7/1/2015
GN 181/15 presentato il 12/1/2015
GN 182/15 presentato il 12/1/2015
GN 186/15 presentato il 12/1/2015
GN 201/15 Presentato il 12/1/2015
GN 202/15 presentato il 12/1/2015
GN 203/15 presentato il 12/1/2015
GN 204/15 presentato il 12/1/2015
GN 208/15 presentato il 13/1/2015
GN 352/15 presentato il 15/1/2015
GN 676/15 presentato il 23/1/2015
GN 677/15 presentato il 23/1/2015
GN 776/15 presentato il 27/1/2015
GN 777/15 presentato il 27/1/2015
GN 788/15 presentato il 28/1/2015
GN 802/15 presentato il 28/1/2015
GN 853/15 presentato il 28/1/2015
GN 925/15 presentato il 29/1/2015
GN 1003/15 presentato il 2/2/2015
GN 1004/15 presentato il 2/2/2015
GN 1026/15 presentato il 3/2/2015
GN 1027/15 presentato il 3/2/2015
GN 1048/15 presentato il 3/2/2015
GN 1049/15 presentato il 3/2/2015
GN 1050/15 presentato il 3/2/2015
GN 1110/15 presentato il 4/2/2015
GN 1111/15 presentato il 4/2/2015
GN 1134/15 presentato il 5/2/2015
GN 1135/15 presentato il 5/2/2015
GN 1200/15 presentato il 6/2/2015
GN 1201/15 presentato il 6/2/2015
GN 1329/15 presentato il 11/2/2015
GN 1330/15 presentato il 11/2/2015
GN 1389/15 presentato il 12/2/2015
GN 1399/15 presentato il 12/2/2015
GN 1403/15 presentato il 12/2/2015
GN 1404/15 presentato il 12/2/2015
GN 1508/15 presentato il 16/2/2015
GN 1509/15 presentato il 16/2/2015
GN 1512/15 presentato il 16/2/2015
GN 1513/15 presentato il 16/2/2015
GN 1514/15 presentato il 16/2/2015
GN 1537/15 presentato il 17/2/2015
GN 1546/15 presentato il 17/2/2015
GN 1547/15 presentato il 17/2/2015
GN 1554/15 presentato il 18/2/2015
GN 1559/15 presentato il 18/2/2015
GN 1560/15 presentato il 18/2/2015
GN 1592/15 presentato il 19/2/2015
GN 1609/15 presentato il 19/2/2015
GN 1636/15 presentato il 20/2/2015
GN 1707/15 presentato il 23/2/2015
GN 1708/15 presentato il 23/2/2015
GN 1811/15 presentato il 25/2/2015
GN 1993/15 Presentato il 3/3/2015
GN 2055/15 Presentato il 4/3/2015
GN 2113/15 Presentato il 5/3/2015
GN 2252/15 Presentato il 9/3/2015
GN 2253/15 Presentato il 9/3/2015
GN 2258/15 Presentato il 10/3/2015
GN 2312/15 Presentato il 11/3/2015
GN 2344/15 Presentato il 12/3/2015
GN 2389/15 Presentato il 12/3/2015
GN 2405/15 Presentato il 12/3/2015
GN 2743/15 Presentato il 23/3/2015
GN 2744/15 Presentato il 23/3/2015
GN 2816/15 Presentato il 25/3/2015
GN 2820/15 Presentato il 25/3/2015
GN 3006/15 Presentato il 31/3/2015
GN 3022/15 Presentato il 31/3/2015
GN 3280/15 Presentato il 8/4/2015
GN 3804/15 Presentato il 22/4/2015
GN 3805/15 Presentato il 22/4/2015
GN 3806/15 Presentato il 22/4/2015
GN 3807/15 Presentato il 22/4/2015
GN 3810/15 Presentato il 22/4/2015
GN 3848/15 Presentato il 22/4/2015
GN 3890/15 Presentato il 23/4/2015
GN 4036/15 Presentato il 28/4/2015
GN 4037/15 Presentato il 28/4/2015
GN 4072/15 Presentato il 28/4/2015
GN 4073/15 Presentato il 28/4/2015
GN 4220/15 Presentato il 4/5/2015
GN 4221/15 Presentato il 4/5/2015
GN 4918/15 Presentato il 21/5/2015
GN 5147/15 Presentato il 28/5/2015
GN 5687/15 Presentato il 11/6/2015
GN 5688/15 Presentato il 11/6/2015
GN 5692/15 Presentato il 11/6/2015
GN 5693/15 Presentato il 11/6/2015
GN 5698/15 Presentato il 11/6/2015

GN 5700/15 Presentato il 11/6/2015
GN 5733/15 Presentato il 12/6/2015
GN 5734/15 Presentato il 12/6/2015
GN 5874/15 Presentato il 17/6/2015

Parte Terza Gare, avvisi e concorsi

15_36_3_GAR_FIN PATR_IMMOBILI SDEMAN LATISANA_ESITO_1_TESTO

Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie - Servizio gestione patrimonio immobiliare - Trieste

Avviso pubblico di procedura esplorativa di mercato per la vendita di immobili sdemanializzati della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Latisana - loc. Aprilia Marittima) ai sensi degli articoli 4 e 4bis della legge regionale 17/2009 e del relativo Regolamento di attuazione di cui al decreto del Presidente della Regione 18 maggio 2012, n. 0108. - Esito.

A seguito dell'avviso pubblico di procedura esplorativa di mercato per la vendita dei sotto descritti immobili sdemanializzati della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, pubblicato sul BUR n. 30 di data 29/07/2015 e sui siti web della Regione e del relativo Comune,

	N. SCHEDA INV.	PROV.	COMUNE	FG.	MAPPALE (*)	MQ.	STATO: LIBERO/ OCCUPATO	VALORE A BASE D'ASTA (esclusi oneri fiscali)	ONERI per operazioni di censimento del bene (importo presunto)
¤	635	UD	LATISANA-loc.APRILIA MARITTIMA	37	1271	405	Libero	€ 12.150,00	€ 753,52

si informa che non ci sono state manifestazioni di interesse da parte di terzi. Si darà pertanto corso alla vendita diretta, secondo quanto disposto dall'art. 17 del summenzionato Regolamento di attuazione di cui al decreto del Presidente della Regione 18 maggio 2012, n. 0108.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO:
dott.ssa Gabriella Pasquale

15_36_3_GAR_FIN PATR_IMMOBILI SDEMAN TOLMEZZO_ESITO_1_TESTO

Direzione centrale finanze, patrimonio, coordinamento e programmazione politiche economiche e comunitarie - Servizio gestione patrimonio immobiliare - Trieste

Avviso pubblico di procedura esplorativa di mercato per la vendita di immobili sdemanializzati della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Tolmezzo) ai sensi degli articoli 4 e 4bis della legge regionale 17/2009 e del relativo Regolamento di attua-

zionedi cui al decreto del Presidente della Regione 18 maggio 2012, n. 0108 - Esito.

A seguito dell'avviso pubblico di procedura esplorativa di mercato per la vendita dei sotto descritti immobili sdemanializzati della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, pubblicato sul BUR n. 29 di data 22.07.2015 e sui siti web della Regione e del relativo Comune,

	N. SCHEDA INV.	PROV.	COMUNE	FG.	MAPPALE (*)	MQ.	STATO: LIBERO/ OCCUPATO	VALORE A BASE D'ASTA (esclusi oneri fiscali)	ONERI per operazioni di censimento del bene (importo presunto)
¤	650	UD	TOLMEZZO	59	668	38	Occupato	€ 1.520,00	€ 1.132,40

si informa che non ci sono state manifestazioni di interesse da parte di terzi. Si darà pertanto corso alla vendita diretta, secondo quanto disposto dall'art. 17 del summenzionato Regolamento di attuazione di cui al decreto del Presidente della Regione 18 maggio 2012, n. 0108.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO:
dott.ssa Gabriella Pasquale

15_36_3_GAR_INF MOB_AFFIDAM SERV MARITT PASS INTER_1_TESTO

Direzione centrale infrastrutture, mobilità, pianificazione territoriale, lavori pubblici, edilizia - Servizio mobilità - Trieste

Avviso aggiudicazione della gara per l'affidamento del servizio marittimo internazionale passeggeri di linea tra la Regione Friuli Venezia Giulia e le limitrofe Repubbliche di Slovenia e di Croazia.

1. Amministrazione aggiudicatrice: Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione centrale infrastrutture, mobilità, pianificazione territoriale, lavori pubblici, edilizia Via Giulia 75/1 - 34126 Trieste;
2. Procedura di gara prescelta: APERTA - n. CIG 6152493DD3 ;
3. Appalto pubblico di servizi: servizio di trasporto marittimo internazionale passeggeri di linea tra i porti della Regione Friuli Venezia Giulia e quelli delle limitrofe Repubbliche di Slovenia e di Croazia - CPV: 60640000-6

   Pubblicato sulla GUUE: S51 dd. 13/03/2015 n. 88973-2015-IT e sulla GURI: V serie n. 34 dd. 20/03/2015
4. Data di aggiudicazione: 23 giugno 2015;
5. Criterio di aggiudicazione dell'appalto: offerta economicamente più vantaggiosa;
6. Numero di offerte ricevute: 1;
7. Nome e Indirizzo dell'aggiudicatario: Trieste Lines srl - Viale Miramare, 9 - 34135 Trieste
8. Prezzo offerto : Euro € 889.000,00 IVA esclusa;
9. Data di pubblicazione dell'avviso sulla G.U.R.I: V SERIE SPECIALE n. 98 dd. 21 agosto 2015
10. 13. Organo competente per le procedure di ricorso: T.A.R. Friuli Venezia Giulia, Piazza Unita' d'Italia, n. 7 - 34121 Trieste - Tel. 0406724711 - Fax 040 6724720.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:
dott. Mauro Zinnanti

15_36_3_AVV_COM AMARO_PIPA E 44 PRGC_002

Comune di Amaro (UD)

Avviso di approvazione del Piano insediamento produttivo agricolo (Pipa) e della contestuale variante n. 44 al PRGC.

Si rende noto ai sensi della L.R. 5/07 e s.m.i. che con deliberazione consiliare n. 25 del 20-08-2015 è stato approvato il Piano Insediamento Produttivo Agricolo (PIPA) e la contestuale Variante n.44 al P.R.G.C.
Amaro, 25 agosto 2015

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO COMUNE.
dott. Raffaele Di Lena

15_36_3_AVV_COM CODROIPO_11 PIANO RECUPERO CENTRO STORICO_004

Comune di Codroipo (UD)

Avviso di approvazione variante n. 11 al Piano di recupero di iniziativa pubblica del centro storico - Isolati di zona omogenea A - 2^ fase (Codroipo Ovest).

IL RESPONSABILE

Ai sensi e per gli effetti della L.R. 05/2007 e s.m.i. e D.P.R. 86/Pres del 20.03.2008 e s.m.i.,

RENDE NOTO

che con deliberazione della Giunta Comunale in seduta pubblica n. 178 del 24.08.2015, esecutiva ai sensi di legge, il Comune di Codroipo ha preso atto che in ordine alla variante n. 11 al Piano di recupero di iniziativa pubblica del centro storico - isolati di zona omogenea A - 2^ fase (Codroipo Ovest), sono state presentate n. 0 osservazioni e opposizioni ed ha approvato la Variante stessa.
Codroipo, 27 agosto 2015

per il Titolare di P.O. dell'Area Urbanistica,
Edilizia Privata ed Ambiente
arch. Tiziana Braidotti
IL TITOLARE DI P.O. DELL'AREA
LLPP E MANUTENZIONI:
ing. Edi Zanello

15_36_3_AVV_COM OSOPPO_MODIFICA STATUTO COMUNALE_005

Comune di Osoppo (UD)

Avviso di pubblicazione relativa alla modifica dello Statuto comunale.

IL SEGRETARIO COMUNALE

Visto l'art.45 della L.R. 52/91 e successive modifiche ed integrazioni,

RENDE NOTO

Con deliberazione n. 42 del 30.10.2014, pubblicata all'Albo Pretorio del Comune dal
31.10.2014 al 15.11.2014, il Comune di Osoppo ha modificato il 1 comma dell'art. 33 dello Statuto Comunale come segue:

TESTO PRECEDENTE	NUOVO TESTO
La Giunta è composta dal Sindaco e da n. 2 Assessori.	La Giunta Comunale è composta dal Sindaco, da un numero di Assessori non inferiore a due e non superiore al numero massimo consentito dalla normativa vigente all'atto della nomina.

IL SEGRETARIO COMUNALE:
dott.ssa Daniela Peresson

15_36_3_AVV_COM PALMANOVA_62 PRGC_007

Comune di Palmanova (UD)

Avviso di adozione e deposito variante n. 62 al PRGC.

IL RESPONSABILE DELL'AREA TECNICA

vista la Legge Regionale 23 febbraio 2007 n. 5 e s.m.i.

RENDE NOTO

- che ai sensi e per gli effetti dell'articolo 63 comma 5) della L.R. 05/2007 e art. 17 comma 1) del D.P.G.Reg 086/Pres di data 20.03.2008 con Deliberazione Consigliare n° 26 di data 01.07.2015 il Comune di Palmanova ha adottato la variante n. 62 al Piano Regolatore Generale Comunale.
- che gli elaborati di variante unitamente alla delibera stessa

SARANNO DEPOSITATI

- presso l'Ufficio Segreteria del Comune - piazza Grande, 1 - a disposizione di chiunque desideri prenderne visione, per la durata di giorni 30 effettivi decorrenti dal 16 settembre 2015 a tutto il 25 novembre 2015.
- che nel medesimo termine chiunque può presentare eventuali osservazioni, mentre i proprietari degli immobili vincolati dallo strumento urbanistico adottato potranno presentare opposizioni.
- che dette osservazioni, da indirizzare al Sindaco, dovranno essere presentate all'Ufficio Protocollo del Comune, per iscritto su carta legale entro il periodo di deposito.

IL T.P.O. DELL'AREA GESTIONE DEL
TERRITORIO E DEL PATRIMONIO:
Michela Lorenzon

15_36_3_AVV_COM TORREANO_DECRETO ASSERVIMENTO 5753-2015_001

Comune di Torreano (UD)

Estratto del decreto di asservimento/n. 5753/2015 dd. 18/08/2015, per ogni effetto di legge e ai sensi dell'art. 23 del DPR 327/2001 e succ. modifiche e integrazioni.

IL RESPONSABILE AREA TECNICA E PROCEDIMENTO

Per ogni effetto di legge e ai sensi dell'art.23 del DPR 327 /2001 e succ. modifiche ed integrazioni,

RENDE NOTO

- che con Decreto n. 5753 del 18/08/2015, ha pronunciato a favore del COMUNE DI TORREANO l'asservimento e occupazione delle porzioni di terreno site in mappa di Torreano e censiti in Catasto (artt. 44 e 50 DPR. 327/2001 e s.m.i.), come meglio identificati nella ALLEGATA TABELLA 1, necessarie alla realizzazione dell'intervento di sistemazione idrogeologica e messa in sicurezza della strada ex militare bivio cimitero di Masarolis/Spignon/Pegliano/S.R.356 di Cividale del Friuli detta Mladesiena -CUP. C47H11001730002 - CIG. 4456394CA7(art.23 DPR. 327/2001 e s.m.i.);
- che l' immissione in possesso è avvenuta in data 16/02/2015 (art.24 DPR. 327/2001 e s.m.i.);
- che coloro che hanno diritti, ragioni pretese sulla predetta indennità possono proporre opposizione entro 30 giorni successivi alla pubblicazione del presente estratto;
- che decorso tale termine l'indennità resta fissata nella somma indicata nella ALLEGATA TABELLA 1.
Torreano, 21 agosto 2015

IL RESPONSABILE AREA TECNICA:
geom. Bruno Previato

15_36_3_AVV_COM TORREANO_DECRETO ASSERVIMENTO 5753-2015_TABELLA_001

ALLEGATO 1

INTERVENTO: **INTERVENTO DI SISTEMAZIONE IDROGEOLOGICA E MESSA IN SICUREZZA DELLA STRADA EX MILITARE BIVIO CIMITERO DI MASAROLIS / SPIGNON / PEGLIANO / S.R. 356 DI CIVIDALE DEL FRIULI DETTA MLADESIENA**

Progressivo	foglio	mappale	DITTE PROPRIETARIE COGNOME NOME Codice Fiscale	Proprietà	Tipologia Qual.	 Class.	Area da asservire (Sa) mq	Valore agricolo medio (Vam) Euro / mq	Indennizzo asserv. Ia ¼(Vam*Sa) Euro
T1	10	59	**MACORIG ROMANO BENITO ITALICO** nato a Torreano (UD) il 04/10/1938,C.F. MCRRNB38R04L246D residente a 10135 Torino (TO), via Barbera Gaspare 35	1/1	Prato	4	128	1,25	**40,00**
T2	10	84			Prato	3	183	1,25	**57,19**
			BLASIG AMORINA nata a Torreano (UD) il 03/06/1936, C.F. BLSMRN36H43L246C, residente a 20154 Milano(MI), Piazza Perego Giovanni 7	5/15					
			BLASIG FIORINA nata a Torreano (UD) il 08/02/1932, C.F. BLSFRN32B48L246M, residente a 33170 Pordenone (PN), via San Quirino 26,	5/15					
			BLASIG GABRIELLA nata in Belgio (EE) il 27/11/1956, C.F.BLSGRL56S67Z103E, residente a 33043 Cividale del Friuli (UD), via Alberto Argenton 4 /P.1/6	1/15					
			BLASIG MARIA nata in Belgio (EE) il 19/06/1954, C.F. BLSMRA54H59Z103F, residente a 4054 Basilea (Svizzera), Oberwilerstrasse 112,	1/15					
			BLASIG MARILENA nata a Cividale del Friuli (UD) il 03/09/1961, C.F.BLSMLN61P43C758V, residente a 33043 Cividale del Friuli (UD), via Giovanni Battista Boscutti 9 P.I/5,	1/15					
			BLASIG SANDRINA nata a Cividale del Friuli (UD) il 26/01/1960, C.F. BLSSDR60A66C758P, residente a 33043 Cividale del Friuli (UD), via Borgo Brossana n. 21 corte 3	1/15					
			BLASIG VALENTINO nato in Germania (EE) il 13/12/1967,C.F. BLSVNT67T13Z112C, residente a 33043 Cividale del Friuli (UD), via Fornalis 183	1/15					

CUP. C47H11001730002

CIG. 4456394CA7

ALLEGATO 1

INTERVENTO: **INTERVENTO DI SISTEMAZIONE IDROGEOLOGICA E MESSA IN SICUREZZA DELLA STRADA EX MILITARE BIVIO CIMITERO DI MASAROLIS / SPIGNON / PEGLIANO / S.R. 356 DI CIVIDALE DEL FRIULI DETTA MLADESIENA**

T3	10	86	**CASSINA ROMANO** nato a Torreano (UD) il 13/04/1953, codice fiscale CSSRMN53D13L246T, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 89	1/1	Prato	3	34	1.25	**10,63**
T4	10	87	**MACORIG NORMA** nata a Torreano (UD) il 09/05/1949, codice fiscale MCRNRM49E49L246S, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 30,	1/1	Prato	3	855	1,25	**267,19**
T5	10	165			Prato	4	2.252	1,25	**703,75**
			CENCIG PALMIRA nata a Torreano (UD) il 30/05/1925, C.F. CNCPMR25E70L246F, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 36	7/21					
			SPELAT NORMA nata a Torreano (UD) il 02/06/1947, C.F.SPLNRM47H42L246L, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 159	2/21					
			SPELAT CARLA nata a Torreano (UD) il 18/07/1956, C.F. SPLCRL56L58L246E, residente a 33047 Remanzacco (UD), via dell'Alpino 63,	2/21					
			SPELAT DELFINA nata a Torreano (UD) il 27/06/1946, C.F. SPLDFN46H67L246U, residente a 33040 Torreano (UD), via Vignis 77	2/21					
			SPELAT ENNIO nato a Torreano (UD) il 19/01/1950, C.F. SPLNNE50A19L246J, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 167	2/21					
			SPELAT LUCIANA nata a Torreano (UD) il 24/05/1952, C.F. SPLLCN52E64L246E, residente a 33040 Torreano (UD), via delle Cave 29	2/21					
			SPELAT PATRIZIA nata a Cividale del Friuli (UD) il 19/09/1964, C.F. SPLPRZ64P59C758O, residente a 59302 Oelde (EE) (Germania) Ruggestrasse 1 (erroneamente indicata in Catasto come nata a Torreano)	2/21					
			SPELAT ROMANA nata a Cividale del Friuli (UD) il 28/02/1961, C.F. SPLRMN61B68C758H, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 57	2/21					

CUP. C47H11001730002

CIG. 4456394CA7

ALLEGATO 1

INTERVENTO: **INTERVENTO DI SISTEMAZIONE IDROGEOLOGICA E MESSA IN SICUREZZA DELLA STRADA EX MILITARE BIVIO CIMITERO DI MASAROLIS / SPIGNON / PEGLIANO / S.R. 356 DI CIVIDALE DEL FRIULI DETTA MLADESIENA**

T6	10	210	**CENCIG DARIO** nato a Torreano (UD) il 27/07/1948, C.F. CNCDRA48L27L246F, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 154	1/1	Prato	3	215	1,25	**67,19**
T7	14	17			Prato	4	889	1,25	**277,81**
			BALLOCH LUCA nato a Cividale del Friuli (UD) il 11/05/1974, C.F. BLLLCU74E11C758V, residente a 33040 Faedis (UD) , via Monte Joanes 79	1/3					
			BALLOCH SILVIA nata a Cividale del Friuli (UD) il 16/09/1975, C.F. BLLSLV75P56C758Q, residente a 33040 Faedis (UD), Borgo Canal del Ferro 37	1/3					
			GASTINEL MARIA TERESA nata in Francia (EE) il 18/04/1935, C.F. GSTMTR35D58Z110E, residente a 33040 Faedis (UD), via Monte Joanes 79	1/3					
T8*	14	18			Prato	4	945	1,25	**295,31**
			CADALINO ROBERTO nato a Cividale del Friuli (UD) il 04/03/1975, C.F. CDLRRT75C04C758F, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 159;	1/3					
			CADALINO STEFANO nato a Cividale del Friuli (UD) il 17/09/1972, C.F. CDLSFN72P17C758J , residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 159;	1/3					
			SPELAT NORMA nata a Torreano (UD) il 02/06/1947, C.F. SPLNRM47H42L246L,residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 159;	1/3					
T9	14	19	**SPELAT MARIA** nata a Torreano (UD) il 03/12/1946, C.F. SPLMRA46T43L246W, residente a 33040 Torreano (UD), Frazione Masarolis 20,	3/3	Bosco Ceduo	3	1.686	0,60	**252,90**
			Totali						**1.971,97**

CUP. C47H11001730002

CIG. 4456394CA7

15_36_3_AVV_COM VILLA SANTINA_27 PRGC_006

Comune di Villa Santina (UD)
Avviso di approvazione della variante n. 27 al Piano regolatore generale comunale.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO TECNICO DELL'ASSOCIAZIONE DEI COMUNI DEL PARCO INTERCOMUNALE DELLE COLLINE CARNICHE

Vista la Legge Regionale 23 febbraio 2007 n. 5 e successive modifiche ed integrazioni;
Visto l'art. 17 del D.P.Reg. 086/Pres. del 20 marzo 2008 e successive modifiche ed integrazioni;

RENDE NOTO

che con deliberazione del Consiglio Comunale n.26 del 05.08.2015, esecutiva ai sensi di legge, è stata approvata la variante n.27 al Piano regolatore generale comunale.
Villa Santina, 28 agosto 2015

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO TECNICO ASSOCIATO:
arch. Gino Veritti

15_36_3_AVV_PROV GORIZIA_SOC GESTECO IMPIANTO RECUPERO FANGHI DRAGAGGIO_008

Provincia di Gorizia
Deliberazione 19 agosto 2015, n. 106, prot. 24616/2015. Società Gesteco Spa - Approvazione variante non sostanziale relativa all'impianto di recupero fanghi di dragaggio sito in Comune di Monfalcone, località Lisert.

LA GIUNTA PROVINCIALE

PREMESSO CHE:
- con Decreto dirigenziale prot. n. 22168/10 del 27 agosto 2010 sono state volturate, a favore della società GESTECO S.p.A., le autorizzazioni all'esercizio di gestione dell'impianto di recupero terre di dragaggio sito in comune di Monfalcone - Zona Lisert (Decreto prot. n. 14389 del 19 maggio 2004, Decreto prot. n. 23872 del 18 agosto 2008, D.G.p. n. 154 del 24 ottobre 2007 prot. 28496 e D.G.p. n. 93 del 10 giugno 2009 prot. 14548);
- con Decreto dirigenziale prot. n. 24335/10 del 29 settembre 2010 è stato volturato a favore della società GESTECO S.p.A. il Decreto prot. n. 1509 del 19 gennaio 2005 di autorizzazione all'ampliamento dell'area di deposito di materiale di dragaggio mediante realizzazione di una vasca;

(omissis)

CONSIDERATO CHE:
- con nota acquisita al prot. n. 20341 del 2 luglio 2015 la società GESTECO S.p.A., avente sede legale in via Pramollo, 6 in comune di Povoletto (UD), ha presentato a questa Provincia - ai fini dell'approvazione - istanza di modifica operativa gestionale, quale variante all'autorizzazione dell'impianto di recupero delle terre di dragaggio sito in comune di Monfalcone, Zona Lisert;

(omissis)

DELIBERA

(omissis)

1. di DICHIARARE non sostanziale l'istanza di modifica operativa gestionale, proposta dalla società GESTECO S.p.A., quale variante all'autorizzazione dell'impianto di recupero delle terre di dragaggio sito in comune di Monfalcone, Zona Lisert, in base al disposto di cui all'art. 11 della L.R. 30/1987 in quanto la stessa non apporta aumenti di potenzialità, non comporta una modificazione dei materiali da conferire e non riguarda modifiche della tecnologia generale applicata all'impianto medesimo;
2. di ACCOGLIERE l'istanza presentata dalla società GESTECO S.p.A., avente sede legale in via Pramollo, 6 in comune di Povoletto (UD) ed acquisita al protocollo provinciale n. 20341 del 2 luglio 2015;
di APPROVARE, fatti salvi ed impregiudicati i diritti di terzi, ai sensi dell'art. 208 del D.Lgs. 152/2006 e del D.P.G.R. n. 01/1998, la modifica operativa gestionale, quale variante all'autorizzazione dell'impianto di recupero delle terre di dragaggio sito in comune di Monfalcone, Zona Lisert proposta dalla società GESTECO S.p.A. (OMISSIS;)

Avverso il presente provvedimento è ammessa proposizione di riscontro giurisdizionale avanti al Tribunale Amministrativo Regionale competente per territorio, ovvero è ammesso il ricorso straordinario al Capo dello Stato, rispettivamente entro 60 e 120 giorni dalla data di acquisizione o di notifica del presente atto.
La presente Deliberazione viene approvata ad unanimità dei voti palesemente espressi.
Ad unanimità dei voti espressi in forma palese, viene dichiarata la immediata eseguibilità della presente deliberazione ai sensi dell'art. 1, comma 19 della L.R. 11 dicembre 2003, n. 21.

IL VICE PRESIDENTE:
dott.ssa Mara Černic
IL VICESEGRETARIO GENERALE_
dott. Lucio Beltrame

15_36_3_CNC_AZ OSP SM ANGELI_CONCORSO 2 DIRIGENTI MEDICI GINECOLOGIA_003

Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" di Pordenone

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato, di 2 dirigenti medici - disciplina ginecologia e ostetricia.

Si rende noto che, con decreto n. 485 del 24/08/2015, è bandito pubblico concorso, per titoli ed esami, finalizzato all'assunzione, a tempo indeterminato, di:
N. 2 DIRIGENTI MEDICI DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Ruolo: Sanitario
Profilo professionale: Medici
Area funzionale: Area chirurgica e delle specialità chirurgiche
Disciplina: Ginecologia e Ostetricia

Il concorso è disciplinato dal D.P.R. 20.12.1979, n. 761 e successive modificazioni ed integrazioni, dal D. Lgs. n. 502 del 30.12.1992, così come successivamente modificato ed integrato, dal D.P.R. n. 487 del 09.05.1994 e dal Decreto Legislativo n. 165 del 30.03.2001.
Le disposizioni per l'ammissione al concorso e le modalità di espletamento dello stesso sono stabilite dal D.P.R. 10.12.1997, n. 483, dal D.P.R. n. 484 del 10.12.1997 e s.m.i., dal D.M. 30.01.1998 e dal D.M. 31.01.1998, come successivamente modificati ed integrati.
Quest'Amministrazione garantisce la parità e le pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro, così come stabilito dall'art. 7, comma 1, D. Lgs. 30.03.2001, n. 165 e dal D. Lgs. 11 aprile 2006, n. 198.
Il presente bando di concorso è emanato tenendo conto di quanto previsto in materia di assunzioni riservate agli invalidi ed agli altri soggetti aventi diritto.
Si precisa che è avvenuta l'ottemperanza alle disposizioni di cui ai commi 1 e 4 dell'art. 34bis del D. Lgs n. 165/2001 relative alla comunicazione alla Provincia competente per territorio dei dati relativi alla procedura di assunzione.
Si applicano le disposizioni previste dalla Legge 15.05.1997, n. 127 e s.m.i., e dalle successive circolari ministeriali applicative.
Si applicano altresì le disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e all'art. 15 della Legge 12.11.2011, n. 183. In materia di trattamento dei dati personali, si applica il D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.
Sono di seguito riportati:
- i requisiti specifici di ammissione e le prove d'esame per la posizione funzionale a concorso (artt. 24 e 26 D.P.R. 483/1997), nella prima parte;
- i requisiti generali di ammissione (art. 1 D.P.R. 483/1997) e le modalità di espletamento del concorso, nella sezione successiva sulla normativa generale dei concorsi.
REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE
1. Laurea in Medicina e Chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medico chirurgica;
3. Specializzazione nella disciplina di Ginecologia e Ostetricia o in disciplina equipollente (D.M. 30.1.1998).
E' esentato dal requisito della specializzazione il personale del ruolo sanitario in servizio a tempo indeterminato, alla data di entrata in vigore del D.P.R. 483/10.12.1997 (1° febbraio 1998), presso le Aziende

U.S.L. ed Ospedaliere nella medesima disciplina del concorso (art. 56, comma 2 del D.P.R. 483/1997).
Coloro i quali rientrano in questa categoria, dovranno allegare alla domanda autocertificazione di prestare servizio di ruolo nella disciplina oggetto del presente avviso.
4. Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici e Chirurghi: l'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea o dei Paesi Terzi consente la partecipazione alle pubbliche selezioni, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.
Coloro i quali rientrano in questa categoria, dovranno allegare alla domanda autocertificazione di prestare servizio di ruolo nella disciplina oggetto del presente avviso.
Tali titoli dovranno essere unicamente autocertificati, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183, nei modi di cui all'art. 46 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione resa nel contesto della domanda il cui al fac-simile è allegato al presente bando).

PROVE D'ESAME

a) Prova scritta: relazione su un caso clinico simulato o su argomenti inerenti la disciplina messa a concorso o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina stessa;
b) Prova pratica: su tecniche e manualità peculiari della disciplina messa a concorso. La prova pratica deve essere anche illustrata schematicamente per iscritto;
c) Prova orale: sulle materie inerenti la disciplina a concorso nonché sui compiti connessi alla
funzione da conferire. La prova orale comprende, oltre che elementi di informatica ovvero l'accertamento della conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse, anche la verifica della conoscenza della lingua inglese.

NORMATIVA GENERALE DEI CONCORSI

1. Posti conferibili e utilizzazione della graduatoria

Ferma la facoltà dell'Azienda di prorogare o riaprire i termini di scadenza per la presentazione delle domande di ammissione al concorso, di modificare il numero dei posti messi a concorso, di sospendere o revocare la procedura stessa, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, la graduatoria rimane valida, nei limiti delle vigenti disposizioni di legge, per la copertura, secondo l'ordine della stessa di posti vacanti o disponibili per supplenza.

2. Requisiti generali di ammissione

Per l'ammissione al concorso è richiesto il possesso dei seguenti requisiti generali:
a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero i requisiti previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 165/2001, così come modificato dalla L. 97 del 6 agosto 2013;
b) idoneità fisica al'impiego. L'accertamento è effettuato dall'Azienda prima dell'immissione in servizio.
c) godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo;
d) non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati destituiti dall'impiego per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
e) avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana.
Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

3. Domande di ammissione

Le domande di partecipazione al concorso, redatte in carta semplice, secondo la normativa vigente e secondo l'allegato schema, devono essere rivolte al Direttore Generale dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone.
Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, con finalità di autocertificazione, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000:
a. il cognome e il nome, la data ed il luogo di nascita, la residenza ed il codice fiscale;
b. il possesso della cittadinanza italiana, ovvero i requisiti sostitutivi di cui all'art. 11 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761 o cittadinanza di uno degli stati membri dell'Unione Europea, ovvero i requisiti previsti dal D. Lgs. 165/2001, così come modificato dalla L. 97 del 06.08.2013;
c. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
d. eventuali condanne penali riportate;
e. il titolo di studio posseduto e i requisiti specifici di ammissione richiesti per il posto a concorso;
f. la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soggetti nati entro il 1985);
g. i servizi prestati come impiegati presso pubbliche amministrazioni e la causa di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
h. i titoli che danno diritto a preferenza;
i. il domicilio presso il quale deve essere data, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione compreso il numero di telefono se esistente. In caso di mancata indicazione vale la residenza di cui alla lettera a.

j. il consenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196).
I Cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e dei Paesi terzi dovranno dichiarare di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza ovvero i motivi di mancato godimento e inoltre di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana (D.P.C.M. 07.02.1994, n. 174).
I candidati portatori di handicap dovranno specificare nella domanda l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché segnalare l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove. A tal fine, gli stessi dovranno produrre apposita certificazione medica che specifichi:
- i sussidi necessari in relazione al tipo di handicap;
- i tempi aggiuntivi necessari.
A chi ha titolo a riserva di posti si applicano le disposizioni previste dall'art. 5 del D.P.R. 487/1994. Coloro che intendono avvalersi della suddetta riserva devono dichiarare dettagliatamente nella domanda i requisiti e le condizioni utili di cui siano in possesso, allegando alla domanda stessa i relativi documenti probatori, pena l'esclusione dal beneficio.
Le mancate dichiarazioni relative alle lettere d. e g. verranno considerate rispettivamente come il non aver riportato condanne penali e il non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni.
L'omessa indicazione nella domanda anche di un solo requisito richiesto per l'ammissione determina l'esclusione dal concorso, a meno che la sussistenza del medesimo requisito non risulti esplicitamente da altro idoneo documento probatorio allegato.
La domanda di ammissione al concorso pubblico dovrà essere datata e firmata dal candidato. La mancanza della sottoscrizione in forma autografa della medesima costituisce motivo di esclusione.
Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 le dichiarazione rese e sottoscritte nella domanda di ammissione hanno valore di autocertificazione; nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76, comma 1 del predetto D.P.R.-
4. Documentazione da allegare alla domanda
I concorrenti dovranno produrre in allegato alla domanda:
- quietanza o ricevuta di versamento della tassa di concorso di € 10,33, ai sensi della L. 24.11.2000, n. 340, in nessun caso rimborsabile, con le seguenti possibili modalità di pagamento:
a) vaglia postale o versamento diretto, intestato al Servizio di Tesoreria dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" - Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia S.p.A., Sede di Udine, Via del Monte, 1 - filiale 1500, c/c 1000/46868 (IBAN IT 51I0634012315100000046868), ovvero
b) versamento su c.c. postale n. 10058592 (IBAN IT 78M0760112500000010058592), intestato al Servizio di Tesoreria dell'Azienda (nello spazio riservato alla causale deve essere sempre citato il concorso a cui il versamento si riferisce);
- autocertificazione attestante l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici;
- fotocopia non autenticata ed in carta semplice di un valido documento di identità personale.
In allegato alla domanda di partecipazione al concorso i concorrenti devono allegare le dichiarazioni sostitutive del possesso di titoli che ritengono possano essere oggetto di valutazione da parte della Commissione ai fini della formazione della graduatoria, ivi compresi:
- curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato.

In tale curriculum vanno indicate le attività professionali e di studio (che devono essere formalmente documentate), idonee ad evidenziare il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire, nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici. Vanno altresì indicate, le attività di partecipazione a congressi, convegni, seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, la cui partecipazione è valutata tenendo conto dei criteri stabiliti in materia dal regolamento sull'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale.
Nel Curriculum sono valutate altresì, l'idoneità nazionale nella disciplina prevista dal pregresso ordinamento e l'attestato di formazione manageriale disciplinato dal predetto regolamento. Non sono valutabili le idoneità conseguite in precedenti concorsi.
Il curriculum formativo e professionale, per essere valutabile nei suoi contenuti, deve essere redatto con finalità di autocertificazione alla stregua delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto di notorietà; in caso contrario, ha unicamente uno scopo informativo e, pertanto, non produce attribuzione di alcun punteggio.
I candidati in servizio di ruolo presso le UU.LL.SS. e le Aziende Ospedaliere, esentati dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto (art. 56, comma 2 del D.P.R. 10.12.1997, n. 483), dovranno autocertificare l'appartenenza di ruolo nella disciplina del posto messo a concorso.
La specializzazione, se conseguita ai sensi del D. Lgs. n. 257/1991 o del D. Lgs. 368/1999, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutabile secondo quanto previsto dalla vigente normativa in materia: a tal fine l'autocertificazione relativa deve riportare gli estremi normativi citati, la durata

legale del corso e la data di conseguimento. In mancanza di tali informazioni non verrà attribuito tale punteggio.
Nella dichiarazione sostitutiva relativa ai servizi prestati presso le Unità Sanitarie Locali, le Aziende per i Servizi Sanitari - Aziende Ospedaliere, deve essere evidenziato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo l'autocertificazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.
Saranno valutati esclusivamente i servizi autocertificati (con l'indicazione se trattasi di rapporto di dipendenza o di attività libero-professionale) con l'indicazione esatta della denominazione dell'Ente o Struttura o Azienda presso cui essi sono stati prestati.
Per la valutazione di attività prestate in base a rapporti convenzionali (art. 21 D.P.R. 10.12.1997, n. 483) le relative autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive di servizio devono riportare: il tipo dl attività svolta, la sua durata oltre che l'orario di attività settimanale.
Per la valutazione dei servizi resi con rapporto continuativo presso le Case di cura convenzionate (art. 22 D.P.R. 10.12.1997, n. 483) anche quest'ultima caratteristica deve risultare contenuta nell' autocertificazione.
I servizi prestati all'estero dovranno essere attestati dal candidato secondo i criteri di cui all'art. 23 del D.P.R. 10.12.1997, n. 483. I servizi svolti all'estero nel profilo professionale oggetto del concorso, presso strutture sanitarie pubbliche p private senza scopo di lucro, o nell'ambito della cooperazione internazionale dell'Italia con Paesi in via di sviluppo (Legge n. 49/1987), o presso organismi internazionali, per essere oggetto di valutazione, devono avere ottenuto entro la data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso, il necessario riconoscimento da parte delle Autorità competenti (Legge 735/1960 e s.m.i.). Nel qual caso indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento.
I periodi di effettivo servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria, di rafferma, prestati presso le Forze armate e nell'Arma dei carabinieri dovranno essere attestati secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 20 del D.P.R. 10.12.1997, n. 483.
Le eventuali casistiche devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base della attestazione del Direttore responsabile del competente Dipartimento o Unità Operativa della Unità Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera. La certificazione della casistica, se presentata in copia, va dichiarata conforme all'originale, ai sensi degli articoli 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- Eventuali Pubblicazioni. Per essere oggetto di valutazione, le pubblicazioni devono essere edite a stampa, elencate in apposito elenco numerato, ed allegate in originale o in fotocopia, la cui corrispondenza all'originale viene dichiarata nel contesto della domanda di ammissione. Non saranno valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato.
- Elenco firmato, redatto in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati, numerati progressivamente e con corrispondente numerazione riportata sui documenti e titoli.

4.1 Dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e/o dichiarazioni sostitutive di certificazioni: modalità di presentazione.

Dall'1 gennaio 2012, ai sensi della dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47".
Conseguentemente, dalla medesima data, le amministrazioni e i gestori di pubblici servizi non possono più accettare o richiedere tali certificazioni. Le stesse sono, pertanto, obbligatoriamente sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Non verrà pertanto preso in considerazione quanto contenuto in certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni ed allegate alla domanda.
Tutte le certificazioni relative a stati, qualità personali e fatti, quindi, sono sempre sostituite dalle:
- dichiarazioni sostitutive di certificazione: nei casi tassativamente indicati nell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (ad es. stato famiglia, iscrizione all'albo professionale, possesso di titolo di studio, di specializzazione, di abilitazione ecc.) o
- dichiarazioni sostitutive dell' atto di notorietà: per tutti gli stati, fatti, qualità personali non compresi nell'elenco di cui al citato art. 46 del D.P.R. 445/2000 (ad es. borse di studio; attività di servizio; frequenza corsi di formazione ed aggiornamento; partecipazione a convegni, congressi, seminari; conformità all'originale di pubblicazioni ecc.)

Si precisa che non possono essere autocertificati i certificati medici e sanitari.
La dichiarazione sostitutiva, che può essere resa negli appositi moduli predisposti dall'Ente o su un foglio, in carta semplice, deve contenere il richiamo alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o di false attestazioni, richiede una delle seguenti forme:
- deve essere sottoscritta personalmente dall'interessato dinanzi al funzionario competente a ricevere la documentazione

oppure
- deve essere spedita per posta - o consegnata da terzi - unitamente all'istanza di partecipazione e a fotocopia semplice di documento di identità personale del sottoscrittore.

Le dichiarazioni sostitutive di certificazioni possono essere rese anche contestualmente all'istanza.
La compilazione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà senza il rispetto delle modalità sopra indicate comporta l'invalidità dell'atto stesso.
Tali dichiarazioni dovranno essere rese con dettagliata specificazione, avuto riguardo ai vari elementi suscettibili di esame da parte dell'apposita Commissione, pena la non valutazione.
In particolare il candidato è tenuto a specificare espressamente ed in modo chiaro ed inequivocabile:
a) per i servizi resi presso datori di lavoro pubblici o privati:
- l'esatta denominazione dell'Azienda, pubblica o privata, presso la quale il servizio è stato prestato con indicazione, in caso di Azienda privata, se trattasi di struttura convenzionata o accreditata
- il profilo professionale/posizione funzionale, la disciplina dl inquadramento e l'Unità Operativa/Servizio di assegnazione;
- il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/definito, continuativo od occasionale, impegno ridotto e relativo regime orario, libero professionale ecc.);
- le date di inizio e di conclusione del servizio prestato nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, ecc.);
- l'impegno orario settimanale e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso.
Anche nel caso di periodi di attività svolta in qualità di borsista, di docente, di incarichi libero-professionali, ecc. occorre indicare con precisione tutti gli elementi indispensabili allo valutazione (tipologia dell'attività, periodo e sede di svolgimento della stessa, impegno orario ecc.);
- non va riportato il servizio riconosciuto ai soli fini economici (ad esempio il servizio reso con funzioni superiori, incarico di Responsabile di Struttura Semplice).
- per i servizi prestati presso le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale deve essere dichiarato, mediante dichiarazione sostitutiva, se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio;
- in caso di interruzione del rapporto di lavoro il candidato dovrà indicarne esattamente le cause (dimissioni, licenziamento, termine incarico ecc.);
b) per i titoli di studio: data, sede e denominazione completa dell'Istituto nel quale il titolo è stato conseguito;
c) per l'iscrizione all'Ordine: indicazione del numero e della data di iscrizione nonché la sede dell'Ordine. Indicare eventuali periodi di sospensione e le relative cause;
d) per la documentazione prodotta in fotocopia non autenticata: può essere presentata dal candidato, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, una copia semplice unitamente a dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità agli originali.
Ai sensi dell'art. 15, 1° comma, lett. c) della legge 12/11/2011, n 183, "le Amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accertare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato "
In ogni caso, la dichiarazione resa dal candidato - in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione - deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione dei titoli che il candidato intende produrre e sopra riportati: l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione dei titolo autocertificato.
Si rammenta, infine, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 43 (Accertamento d'Ufficio) del DPR 445/2000).

5. Modalità e termini per la presentazione delle domande

Le domande e la documentazione allegata devono essere presentate:
- consegna a mano all'Ufficio Protocollo - terzo piano - sede centrale di Via della Vecchia Ceramica, 1 in Pordenone, nei giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 12.00;
ovvero
- a mezzo servizio postale con raccomandata con avviso di ricevimento (che deve essere stampigliato sulla busta) purché spedite entro il temine di scadenza; a tal fine fa fede la data del timbro dell'Ufficio postale accettante;
ovvero

- tramite invio al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) aas5.protgen@certsanita.fvg.it secondo quanto previsto dall'art. 65 del D. Lgs. 07/03/2005 n. 82 e dalla Circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica.
Si fa presente che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.
Se si opta per questa tipologia di invio, i documenti elettronici dovranno essere in formato pdf, generando un file unico.
Si chiarisce inoltre che, nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza dell'avviso.
Si precisa, altresì, che qualora il candidato dichiari nella domanda l'indirizzo PEC, lo stesso sarà utilizzato dall'Amministrazione per l'invio di comunicazioni relative al presente concorso.
E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione.
Le domande devono pervenire, a pena di esclusione dal concorso, entro il 30° giorno successivo alla data di pubblicazione dell'estratto del presente bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica.
Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.
La data di scadenza è quella riportata sul frontespizio del presente bando.
L'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di smarrimento o ritardo nelle comunicazioni qualora essi dipendano da inesatta o illeggibile indicazione del recapito da parte dell'aspirante, ovvero per la mancata o tardiva informazione circa eventuali mutamenti di recapito. Non saranno, del pari, imputabili all'Azienda eventuali disguidi postali o telegrafici.
Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.
Il candidato ha l'onere di comunicare, con nota datata e sottoscritta, le eventuali successive variazioni di indirizzo e/o recapito.
Per quanto concerne le procedure concorsuali, fino alla nomina nel posto del vincitore, si fa rinvio alla vigente normativa in materia.

6. Ammissione candidati - regolarizzazione della domanda

L'ammissione alla selezione è disposta con atto della S.C. Politiche e Gestione Risorse Umane.
In sede di esame della documentazione - e al solo fine dell'ammissione dei candidati - è consentita la regolarizzazione della domanda.
In tale senso, qualora si riscontrino delle irregolarità formali e/o delle omissioni non sostanziali, sarà data al candidato la possibilità di sanare l'imperfezione rilevata mediante invio della documentazione integrativa, entro 10 gg dal ricevimento della richiesta di regolarizzazione. Decorso inutilmente tale termine, si procederà all'esclusione del candidato dal concorso.

7. Esclusione dal concorso

L'esclusione dal concorso è disposta, con provvedimento motivato, dal competente Ufficio, e viene notificata entro trenta giorni dalla data di esecutività del provvedimento stesso, tramite PEC, per i possessori di casella di posta certificata, o raccomandata a.r.

8. Commissione esaminatrice

La Commissione esaminatrice è nominata dal competente Organo nei modi e nei termini stabiliti dalla normativa vigente (D.P.R. 483/1997 e s.m.i.)

9. Convocazione dei candidati

Il diario e la sede delle prove scritta e pratica sarà pubblicato sui siti aziendali www.aopn.sanita.fvg.it e www.ass6.sanita.fvg.it, nella sezione "Concorsi" non meno di venti giorni prima dell'inizio delle prove medesime, ovvero, in caso di numero esiguo di candidati, sarà pure comunicato agli stessi, tramite PEC o con lettera raccomandata, con avviso di ricevimento, non meno di quindici giorni prima dell'inizio delle prove.
L'avviso per la presentazione alla prova orale sarà dato ai singoli candidati almeno venti giorni prima di quello in cui essi debbono sostenerla e si svolgerà in aula aperta al pubblico.
Le prove concorsuali, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 483/1997, non possono aver luogo nei giorni festivi, né nei giorni di festività religiose ebraiche, valdesi ed induiste.
Per essere ammessi a sostenere le prove i candidati dovranno presentarsi muniti di valido documento personale di identità.

10. Punteggio

Per la valutazione dei titoli si applicano i criteri previsti dal D.P.R. 483/1997 agli artt. 11, 20, 21, 22, 23 e in particolare all'art. 27.
La Commissione dispone, complessivamente, di 100 punti così ripartiti:
a) 20 punti per i titoli;
b) 80 punti per le prove d'esame.

I punti per le prove d'esame sono così suddivisi:
a) 30 punti per la prova scritta;
b) 30 punti per la prova pratica;
c) 20 punti per la prova orale.
I punti per la valutazione dei titoli sono così suddivisi:
a) titoli di carriera: 10 punti;
titoli accademici e di studio: 3 punti;
c) pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3;
d) curriculum formativo e professionale: 4 punti.

11. Valutazione delle prove d'esame

Il superamento di ciascuna delle previste prove scritte e pratiche è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.
Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 14/20.

12. Formazione della graduatoria, approvazione e dichiarazione del vincitore

La Commissione esaminatrice, al termine delle prove d'esame, formula la graduatoria di merito dei candidati.
In ottemperanza all'art. 3, comma 7, della Legge 127/1997, così come modificato dall'art. 2, comma 9, della legge 16.06.1998, n. 191, sono aboliti i titoli preferenziali relativi all'età, ferme restando le altre limitazioni ed i requisiti previsti dalla vigente normativa di legge in materia. Nel caso in cui alcuni candidati ottenessero il medesimo punteggio, a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli e delle prove di esame, sarà preferito il candidato più giovane di età.
La graduatoria sarà poi trasmessa al competente Organo, il quale, riconosciuta la regolarità degli atti del concorso, la approva e procede, con proprio atto deliberativo, alla dichiarazione del vincitore.
La graduatoria dei vincitori del concorso è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.

13. Adempimenti dei vincitori

Il concorrente dichiarato vincitore sarà invitato dall'Amministrazione a produrre, nel termine di trenta giorni dalla data di comunicazione e sotto pena di decadenza, tutti i titoli ed i documenti necessari per dimostrare il possesso dei requisiti specifici e generali prescritti per l'ammissione al concorso.
L'Azienda verificata la sussistenza dei requisiti, procede alla stipula del contratto individuale nel quale sarà indicata la data di presa di servizio. Gli effetti economici decorrono dalla data di effettiva presa di servizio.
Scaduto inutilmente il termine assegnato per la presentazione della documentazione, l'Azienda comunica di non dar luogo alla stipulazione del contratto.
Si preavvisa che nessun documento di cui al precedente alinea verrà restituito ai concorrenti, (anche non vincitori) inseriti in graduatoria per tutto il periodo di vigenza della graduatoria stessa.

14. Costituzione del rapporto di lavoro

Il rapporto di lavoro a tempo indeterminato è costituito e regolato da contratti individuali, secondo le disposizioni di legge, della normativa comunitaria e del C.C.N.L. vigente.
Nel contratto di lavoro individuale, per il quale è richiesta la forma scritta, sono comunque indicati:
a. tipologia del rapporto di lavoro;
b. data di presa di servizio;
c. qualifica di assunzione, ruolo di appartenenza, professione e disciplina di appartenenza, nonché il relativo trattamento economico;
d. durata del periodo di prova,
e. sede di prima destinazione dell'attività lavorativa.
Il contratto individuale specifica che il rapporto di lavoro è regolato dai contratti collettivi nel tempo vigenti anche per le cause di risoluzione del contratto di lavoro e per i termini di preavviso. E', in ogni modo, condizione risolutiva del contratto, senza obbligo di preavviso, l'annullamento della procedura concorsuale che ne costituisce il presupposto.
L'Azienda, prima di procedere alla stipulazione del contratto di lavoro individuale ai fini dell'assunzione, invita il destinatario a presentare la documentazione prescritta dalle disposizioni regolanti l'accesso al rapporto di lavoro, indicata nel bando di concorso, assegnandogli un termine non inferiore a trenta giorni.
Nello stesso termine il destinatario, sotto la sua responsabilità, deve dichiarare, di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'articolo 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001. In caso contrario, unitamente ai documenti, deve esser espressamente presentata la dichiarazione di opzione per la nuova azienda.

15. Decadenza dall'impiego

Decade dall'impiego chi abbia conseguito l'assunzione mediante presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Il provvedimento di decadenza è adottato con decreto del Direttore Generale.

16. Periodo di prova

Il vincitore sarà assunto in prova per un periodo di sei mesi ai sensi e con le modalità di cui all'art. 14 del vigente contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. Allo stesso verrà attribuito, dalla data di effettivo inizio del servizio, il trattamento economico previsto dal medesimo C.C.N.L.-

17. Trattamento dei dati personali

Il candidato nel testo della domanda di partecipazione al concorso dovrà manifestare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ad esclusivi fini istituzionali.

18. Norme di salvaguardia

Per quanto non previsto dal bando, si fa riferimento alle disposizioni di legge, regolamentari e contrattuali in vigore.

La partecipazione al concorso presuppone l'integrale conoscenza ed accettazione, da parte dei candidati, delle norme di legge e disposizioni inerenti ai pubblici concorsi per l'assunzione del personale presso il Servizio Sanitario Nazionale, delle modalità, formalità e prescrizioni relative ai documenti ed atti da presentare.

Avverso questo bando è proponibile ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dalla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia.

INFORMAZIONI:

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi dalle ore 9.00 alle ore 12.00 di tutti i giorni feriali, sabato escluso, alla S.C. Politiche e Gestione Risorse Umane - Ufficio concorsi - dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" - Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 - Pordenone ((0434 369619-620 -621). Siti Internet: www.aopn.sanita.fvg.it - www.ass6.sanita.fvg.it .

IL DIRETTORE GENERALE:
dr. Paolo Bordon

SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO
(da presentarsi redatta su carta semplice a cui deve essere allegata fotocopia non autenticata di un documento di identità valido del sottoscrittore)

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5
"Friuli Occidentale"
Via della Vecchia Ceramica, 1- 33170 P O R D E N O N E

Il / La sottoscritt _ ____

C H I E D E

di essere ammesso al concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo indeterminato, di un Dirigente Medico di ____ - con scadenza ___________________________.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della responsabilità penale e della decadenza dai benefici cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (D.P.R. 445/2000, artt. 75 e 76)

d i c h i a r a

1) di essere nat… a ………………………………………………………………………………………. il …………………………………………;
2) di essere residente a ....……..………………………..… (Prov......), Via ..……………...................... n. ....;
3) di possedere il seguente codice fiscale: …………………………………………………………………………………………;
4) di essere in possesso della cittadinanza ………………………………………………………………………………………………….(a)
PER I CITTADINI ITALIANI:
di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di .... ovvero di non essere iscritto/di essere stato cancellato (b) dalle liste elettorali per il seguente motivo: ....………………..………...
PER I CITTADINI DEGLI STATI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA:
di godere dei diritti civili e politici in Italia e nello Stato di appartenenza o di provenienza;
PER I FAMILIARI DI UN CITTADINO DI STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA, NON AVENTE LA CITTADINANZA DI UNO STATO MEMBRO:
di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
PER I CITTADINI DI PAESI TERZI
di essere titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
ovvero
di essere titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
5) di non avere mai riportato condanne penali anche con sentenza non passata in giudicato (e/o patteggiamento) per uno dei reati previsti dal capo I, titolo II, libro II del codice penale (c), e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure preventive, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale e di non avere procedimenti penali in corso (d) .……… ……………………………………..
6) in riferimento a quanto previsto per l'attuazione della direttiva europea relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile (e), di non aver riportato condanne per taluno dei reati previsti dal codice penale, ovvero di non essere stato destinatario di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
7) di essere in possesso del seguente titolo di studio e dei requisiti specifici richiesti dal bando:
- Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita il ……..…………….......... presso …………………………………………… ……….. con abilitazione alla professione medico chirurgica conseguita il (o sessione) ………………………..…….. presso ………………………………………………………….………………….;
- Specializzazione in ………………………………………………………………………….… conseguita il ….………..………………….… presso

....………………………..., ai sensi del D. Lgs. .... durata legale del corso anni …………………………….;

- Iscrizione all'Albo dell'Ordine ……………………………………………………………………………… della Provincia di .....………...…………………………….... al n. ………….…... dal …………………………………..……..;

8) di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione (per i nati entro il 1985): ....………..……..………....................;
9) di non avere mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso pubbliche amministrazioni (ovvero: di avere prestato o di prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti pubbliche amministrazioni: ……………………………………………………….. (f);

10) di aver diritto alla riserva di posti, ovvero di aver diritto alla precedenza o preferenza in caso di parità di punteggio per il seguente motivo:
………
……………………………………………………..………………………………………………………
…………………………………………………… (allegare attestazione);
11) di manifestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali *ex* D. Lgs. 196/2003, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti;
12) che tutte le fotocopie allegate ed elencate nell'apposito elenco sono conformi agli originali;
13) di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
14) di necessitare, per l'espletamento della prova, dell'ausilio di ……………………………………………………………………… come da verbale di data ………………………..…. rilasciato dalla commissione per l'accertamento dell'handicap istituita presso l'Azienda
……………………………………………..………………………………………………………………
….. (g);
15) che l'indirizzo, e/o l'indirizzo e-mail – con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione - al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

dott. …...........................………………………..........................
via/piazza…....................................….................……… n.…….. telefono n. …...............................……
cap. n. …........... città ....…………………………..…
E-mail ……………………………………………………………................……
P.E.C………………………………..…………………………….
(in caso di mancata indicazione le comunicazioni saranno inviate all'indirizzo indicato quale residenza).

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco, datato e firmato, redatto in carta semplice.

Data ....-

Firma..

(a) i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e dei Paesi terzi dovranno indicare la cittadinanza ed il godimento dei diritti politici nel Paese di appartenenza;
(b) cancellare la dizione che non interessa e completare eventualmente la parte che interessa;
(c) i reati disciplinati dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale sono i delitti contro la pubblica amministrazione;
(d) da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale;
(e) D. Lgs. 04.03.2014, n. 39 "*Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI*";
(f) indicare per tutti i servizi resi o in corso di espletamento: il periodo di servizio, eventuali periodi di aspettativa senza assegni usufruiti, le qualifiche (posizione funzionale) ricoperte, il tipo di rapporto (a tempo pieno o definito – a tempo determinato o indeterminato), il settore di attività o presidio/**disciplina di inquadramento** e le cause di risoluzione dei rapporti d'impiego;
(g) da compilare solamente da parte dei destinatari della legge n. 104/1992.

☐ **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

☐ **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

(barrare il quadratino accanto al tipo di dichiarazione che interessa)

....l.... sottoscritt.... ....
nat .... a ....(prov.......) il ....
residente a ....(prov.......), via ....n. ......
valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e della L. 12/11/2011 n. 183, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76, comma 1, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 che stabilisce "*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia*" e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

☐ *Allega copia del documento d'identità* ....
(indispensabile se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi)

………………………………………………………
(luogo e data)

IL/LA DICHIARANTE
………………………………………
(firma per esteso e leggibile)

<u>ARTICOLO 46 DPR N .445/2000 - *DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI.*</u>

1. Sono comprovati con dichiarazioni, anche contestuali all'istanza, sottoscritte dall'interessato e prodotte in sostituzione delle normali certificazioni i seguenti stati, qualità personali e fatti:
a) data e il luogo di nascita;
b) residenza;
c) cittadinanza;
d) godimento dei diritti civili e politici;
e) stato di celibe, coniugato, vedovo o stato libero;
f) stato di famiglia;
g) esistenza in vita;
h) nascita del figlio, decesso del coniuge, dell'ascendente o discendente;
i) iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni;
l) appartenenza a ordini professionali;
m) titolo di studio, esami sostenuti;
n) qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica;
o) situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali;
p) assolvimento di specifici obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto;
q) possesso e numero del codice fiscale, della partita I.V.A. e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria;
r) stato di disoccupazione;
s) qualità di pensionato e categoria di pensione;
t) qualità di studente;
u) qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili;
v) iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo;
z) tutte le situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio;
aa) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
bb) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
cc) qualità di vivenza a carico;
dd) tutti i dati a diretta conoscenza dell'interessato contenuti nei registri dello stato civile;
ee) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

<u>ARTICOLO 47 DPR N. 445/2000 - *DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ.*</u>

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.
2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.
3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.

<u>ARTICOLO 19 DPR N. 445/2000 - *MODALITÀ ALTERNATIVE ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE.*</u>

1. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.

PREZZI E CONDIZIONI in vigore dal 1° gennaio 2010
(ai sensi della delibera G.R. n. 2840 dd. 17 dicembre 2009)

INSERZIONI NELLA PARTE TERZA DEL B.U.R.

Si precisa che ai sensi della normativa vigente per le pubblicazioni del B.U.R.:

- gli atti destinati alla pubblicazione che pervengono alla Redazione del B.U.R. entro le ore 16.00 del lunedì, sono pubblicati il secondo mercoledì successivo;
- i testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato ad apposita sezione del portale internet della Regione. L'inoltro dei documenti via mail o in forma cartacea è ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica di trasmissione;
- la pubblicazione degli atti, QUALORA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, È EFFETTUATA SENZA ONERI per i richiedenti, anche se privati (art. 11, comma 31, della L.R. 11 agosto 2011, n. 11). In tal caso nella richiesta di pubblicazione deve essere indicata la norma che la rende obbligatoria;
- la procedura telematica consente, ove la pubblicazione NON SIA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, di determinare direttamente il costo della pubblicazione che il richiedente è tenuto ad effettuare IN FORMA ANTICIPATA rispetto l'effettiva pubblicazione sul B.U.R.; l'inoltro del documento via mail o in forma cartacea - ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica dei soggetti estensori – comporta l'applicazione di specifiche tariffe più sotto dettagliate, fermo restando il PAGAMENTO ANTICIPATO della spesa di pubblicazione;
- **gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi anche nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina;**
- Il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo ed eventuali tabelle da pubblicare. Il relativo conteggio è rilevabile tramite apposita funzione nel programma MS Word nonché direttamente dal modulo predisposto nella sezione dedicata nel portale della Regione (fatti salvi la diversa tariffa ed il relativo calcolo previsto per le tabelle e tipologie di documento prodotte in un formato diverso da MS Word);
- a comprova, dovrà essere inviata la copia della ricevuta quietanzata alla Direzione centrale funzione pubblica, autonomie locali e coordinamento delle riforme – Servizio provveditorato e SS.GG., Ufficio amministrazione BUR – Corso Cavour, 1 – 34132 Trieste – FAX n. +39 040 377.2383 – utilizzando il modulo stampabile dal previsto link a conclusione della procedura di trasmissione della richiesta di pubblicazione eseguita tramite il portale internet della Regione.

Le tariffe unitarie riferite a testi e tabelle **PRODOTTI IN FORMATO MS WORD** sono applicate secondo le seguenti modalità:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER CARATTERE, SPAZI, ECC.
A)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 0,05
B)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 0,08
C)	Cartaceo (inoltro postale/fax)	NON OBBLIGATORIA	€ 0,15

- Il costo per la pubblicazione di tabelle e tipologie di documenti **PRODOTTI IN FORMATO DIVERSO DA MS WORD** sarà computato forfetariamente con riferimento alle succitate modalità di trasmissione e tipo di pubblicazione. Nella fattispecie, le sottoriportate tariffe saranno applicate per ogni foglio di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente il foglio A/4:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER FOGLIO A/4 INTERO O PARTE
A/tab)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 150,00
B/tab)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 210,00
C/tab	Cartaceo (inoltro postale/fax	NON OBBLIGATORIA	€ 360,00

- **Tutte le sopraindicate tariffe s'intendono I.V.A. esclusa**

FASCICOLI

PREZZO UNITARIO DEL FASCICOLO

- formato CD € 15,00
- formato cartaceo con volume pagine inferiore alle 400 € 20,00
- formato cartaceo con volume pagine superiore alle 400 € 40,00

PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un trimestre solare € 35,00
PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un anno solare € 50,00

PREZZI DELLA FORNITURA DEI PRODOTTI CON DESTINAZIONE ESTERO COSTO AGGIUNTIVO € 15,00

TERMINI PAGAMENTO delle suddette forniture IN FORMA ANTICIPATA
I suddetti prezzi si intendono comprensivi delle spese di spedizione

La fornitura di fascicoli del BUR avverrà previo pagamento ANTICIPATO del corrispettivo prezzo nelle forme in seguito precisate.
A comprova dovrà essere inviata al sottoriportato ufficio la copia della ricevuta quietanzata:
DIREZIONE CENTRALE AUTONOMIE LOCALI E COORDINAMENTO DELLE RIFORME - SERVIZIO LOGISTICA, DIGITALIZZAZIONE E SERVIZI GENERALI - UFFICIO AMMINISTRAZIONE BUR - CORSO CAVOUR, 1 - 34132 TRIESTE
FAX N. +39 040 377.2383 E-MAIL: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. nella parte terza del B.U.R. e i pagamenti dei fascicoli B.U.R. dovranno essere effettuati mediante:
a) versamento del corrispettivo importo sul conto corrente postale n. **85770709**.
b) bonifico bancario cod. IBAN **IT 56 L 02008 02230 000003152699**
Entrambi i suddetti conti hanno la seguente intestazione:
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Tesoreria - Trieste
OBBLIGATORIAMENTE dovrà essere indicata la riferita causale del pagamento, così dettagliata:

- per spese pubbl. avvisi, ecc. **CAP/E 708 - INSERZ. BUR (riportare sinteticamente il titolo dell'inserzione)**

- per acquisto fascicoli B.U.R. **CAP/E 709 - ACQUISTO FASCICOLO/I BUR**

Al fine della trasmissione dei dati necessari e della riferita attestazione del pagamento sono predisposti degli appositi moduli scaricabili dal sito Internet:
www.regione.fvg.it -> **bollettino ufficiale**, alle seguenti voci:
- **pubblica sul BUR (utenti registrati)**: *il modulo è stampabile ad inoltro eseguito della richiesta di pubblicazione tramite il portale*
- **acquisto fascicoli**: *modulo in f.to DOC*

ROBERTO MICALLI - Direttore responsabile
ERICA NIGRIS - Responsabile di redazione
iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991

in collaborazione con insiel spa
impaginato con Adobe Indesign CS5®
stampa: Centro stampa regionale
- Servizio logistica, digitalizzazione e servizi generali